FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 63

DE LA

CYSTOTOMIE PRÉLIMINAIRE

appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 MARS 1895

PAR

Siméon-Paul-Georges TEYNAC

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT *(bis)* DES HÔPITAUX (Médaille d'argent 1893, Médaille d'argent 1894).
Né à Lugagnac (Gironde), le 16 juin 1869.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	LANELONGUE,	professeur,	*président.*
	MASSE,	professeur,	*juges.*
	POUSSON,	agrégé,	
	CHAMBRELENT,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 63

DE LA

CYSTOTOMIE PRÉLIMINAIRE

appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 MARS 1895

PAR

Siméon-Paul-Georges TEYNAC

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT *(bis)* DES HÔPITAUX (Médaille d'argent 1893, Médaille d'argent 1894).
Né à Lugagnac (Gironde), le 16 juin 1869.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	LANELONGUE,	professeur,	*président.*
	MASSE,	professeur,	*juges.*
	POUSSON,	agrégé,	
	CHAMBRELENT,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM.....

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PRINCETEAU. N. } Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan...	DUBREUILH.	Pathologie externe ..	DENUCÉ.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Accouchements	RIVIÈRE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Chimie	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Zoologie	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie de Bordeaux.

DE

LA CYSTOTOMIE PRÉLIMINAIRE

Appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales.

INTRODUCTION

Au dernier congrès français de chirurgie tenu à Lyon (du 9 au 13 octobre 1894), M. le professeur agrégé Pousson, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, faisait une très intéressante communication sur la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales.

La lecture de cette communication nous donna tout de suite l'idée de notre thèse inaugurale. Encouragé par notre éminent maître, M. Pousson, aidé de ses conseils aussi bienveillants qu'autorisés, nous avons entrepris ce travail en limitant notre sujet à l'étude de la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales.

Nous diviserons ce travail en plusieurs chapitres qui comprendront :

I. Historique et discussion des divers procédés indirects mis en usage pour la cure de certaines fistules vésico-génitales.

II. Historique succinct de la cystotomie sus-pubienne; de son application dans le traitement de certaines fistules vésico-génitales. Observations.

III. Discussion des règles déjà proposées pour cette opération. De notre manuel opératoire. Indications de l'opération de Trendelenburg.

Nous terminerons cette étude par les conclusions et l'index bibliographique.

Cependant, nous ne voudrions pas aborder ce travail sans avoir fait au préalable quelques considérations anatomiques générales sur la région où devra porter l'intervention chirurgicale, nous proposant d'insister plus spécialement sur les rapports de la face antérieure et de la base de la vessie, étude qui ne manquera pas de nous être d'un grand secours pour la compréhension des divers temps du manuel opératoire.

Lorsque nous aurons exposé brièvement les rapports anatomiques de la région vésicale chez la femme et par suite fait comprendre les rapports du réservoir urinaire avec l'utérus et le vagin, il nous sera facile de bien limiter le cadre de notre sujet et de montrer à quelles variétés de fistules doit s'adresser l'opération préliminaire de la cystotomie sus-pubienne.

Mais avant de mettre à exécution les premières lignes de ce programme, nous tenons à remercier tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux pour les précieux enseignements qu'ils nous ont toujours donnés avec tant de bienveillance et de dévouement. Que M. le professeur Lanelongue, notre premier maître, veuille bien accepter ici l'hommage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement. Au moment de terminer nos études, il nous fait un très grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse : c'est un

nouveau témoignage d'intérêt et de dévouement que nous ne saurions oublier. Nos remercîments s'adressent encore à M. le Dr Baudrimont dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie durant l'année d'internat que nous avons eu la bonne fortune de passer dans son service à l'hôpital Saint-André; sous la direction de cet excellent maître, dont nous garderons longtemps l'aimable souvenir, nous avons vu s'élargir le champ de nos connaissances chirurgicales. A M. le professeur agrégé Pousson appartient l'idée première de notre thèse; nous lui sommes bien reconnaissant de la grande bonté avec laquelle il nous a toujours accueilli pour nous aider de ses conseils éclairés et nous encourager dans la préparation de ce travail. M. le professeur agrégé Boursier, chargé du cours de gynécologie, nous a fait aussi le meilleur accueil à sa clinique des maladies des femmes et nous a particulièrement fait bénéficier de son enseignement; qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde gratitude.

Enfin nous adressons nos plus sincères remercîments à tous nos maîtres des hôpitaux, MM. les docteurs Mandillon, Verdalle, Dubourg, Gervais, Hirigoyen, Lugeol, Davezac, Dumur, MM. les professeurs agrégés Princeteau, Cassaët et Villar.

Merci à tous ceux qui, durant nos années d'études, nous ont témoigné quelque sympathie. Quant à nos chers camarades de l'internat, nous les quittons avec le plus vif regret et nous les assurons de notre entier dévouement.

AVANT-PROPOS

La vessie peut être considérée comme un ovoïde dont le sommet ou pôle, constamment en rapport avec les anses intestinales, regarde en haut et en avant du côté de l'ombilic; caché derrière la symphyse pubienne lorsque le réservoir urinaire est vide, ce sommet s'arrondit en forme de dôme et s'élève plus ou moins haut, suivant que la vessie est plus ou moins distendue par l'urine. La base de l'ovoïde vésical s'étend de l'orifice postérieur de l'urèthre au cul-de-sac péritonéal vésico-utérin; elle est plane ou légèrement concave et dirigée un peu obliquement d'arrière en avant et de haut en bas. Elle est en rapport en haut avec la face antérieure du col utérin dont elle est séparée par du tissu cellulaire lâche, en bas par son bas fond et surtout le trigone avec la paroi antérieure et supérieure du vagin auquel elle adhère d'une façon presque intime en formant la cloison vésico-vaginale, à peine séparée du vagin par un peu de tissu cellulaire lâche dans lequel chemine obliquement le segment terminal de l'uretère. Lorsque pendant le toucher vaginal, le doigt explorateur se trouve placé au fond du cul-de-sac antérieur du vagin, une distance de 1 à 2 centimètres sépare l'extrémité de ce doigt du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Le corps de l'ovoïde vésical comprend au point de vue descriptif une paroi antérieure, une paroi postérieure et deux parois latérales. Comme

la première seule nous intéresse, nous passerons rapidement sur les trois autres. La paroi postérieure, étendue du sommet de la vessie au cul-de-sac vésico-utérin, est entièrement recouverte par le péritoine. Tour à tour plate ou globuleuse suivant l'état de vacuité ou de distension de l'organe, cette paroi est en rapport médiat avec l'utérus, les ligaments larges, le côlon pelvien et les anses grêles qui reposent directement sur elle. Les parois latérales, simples bords si la vessie est vide, sont recouvertes dans leur tiers supérieur, quelquefois dans leur moitié supérieure, par le péritoine qui descend sur elles en décrivant une courbe oblique de haut en bas et d'avant en arrière; elles affectent des rapports peu importants pour nous avec les anses intestinales en haut, en bas avec les parois du bassin doublées à ce niveau de l'obturateur interne, du releveur de l'anus et de l'aponévrose périnéale supérieure. La paroi antérieure de la vessie comprise entre son sommet, origine de l'ouraque, et les ligaments pubo-vésicaux doit être examinée à l'état de vacuité et à l'état de distension de l'organe, ses rapports variant dans les deux cas. Lorsque le réservoir urinaire est vide, cette paroi antérieure est complètement masquée par le corps et la symphyse pubienne, séparée de cette portion du bassin par un espace virtuel plus ou moins riche en graisse, se prolongeant jusqu'à l'ombilic, et désigné ordinairement sous le nom de cavité de Retzius; quant au péritoine, il se porte directement de la paroi abdominale antérieure sur le sommet et la face postérieure de la vessie et n'affecte aucun rapport avec la face antérieure de cet organe. Lorsque la vessie est distendue par l'urine ou par l'injection d'un liquide à travers le canal de l'urèthre, il résulte de nombreuses expériences anatomiques que la base du réservoir urinaire restant à peu près fixe sur le plancher pelvien, l'accroissement de ses dimensions se fait surtout aux dépens

des parois postérieures et latérales, beaucoup moins aux dépens de la paroi antérieure, ce qui fait que le sommet ou pôle vésical se porte progressivement en haut et en arrière suivant une ligne courbe postéro-inférieure, entraînant dans son mouvement l'ouraque et le péritoine accolés, tous deux formant une anse à concavité supérieure appliquée contre la paroi antérieure de la vessie dans la partie supérieure. En somme, le péritoine que nous avons vu tout à l'heure passer directement de la paroi abdominale antérieure sur le sommet et la face postérieure de la vessie lorsque cette dernière était vide, tapisse maintenant une partie de la face antérieure de cet organe distendu en formant un cul-de-sac anté-vésical. Il semble à première vue que la formation de ce cul-de-sac devrait avoir pour résultat de rapprocher davantage le péritoine de la symphyse pubienne, mais si l'on songe d'une part à l'accroissement de dimensions que subit la paroi antérieure de la vessie distendue, d'autre part, à ce mouvement progressif qui porte le sommet de l'organe en haut et en arrière, on comprend que, pour ces deux raisons, le cul-de-sac pré-vésical doit être d'autant plus profond et d'autant plus éloigné de la symphyse pubienne que le réservoir urinaire est plus distendu.

« Il y aurait, on le conçoit, un grand intérêt à savoir exactement quelle est la distance qui, à un état de distension donné du réservoir urinaire, sépare la symphyse pubienne du cul-de-sac précité! Théoriquement on peut admettre que cette distance est nulle quand la vessie est vide, qu'elle atteint 1 ou 2 centimètres après une injection de 300 grammes de liquide, 2 ou 3 centimètres après une injection de 400 à 500 grammes, 3 ou 4 centimètres après une injection de 600 à 700 grammes.

Mais sur ce point comme sur bien d'autres, les variations individuelles sont nombreuses comme l'indiquent surabondam-

ment les divergences des résultats obtenus par les auteurs » (1).

En résumé, il est un fait que le chirurgien doit retenir, c'est que malgré la distension vésicale produite par une injection de 600 ou 700 gr. de liquide, il est très fréquent de trouver le péritoine en contact avec la symphyse pubienne.

La structure de la vessie est pour nous sans grand intérêt; qu'il nous suffise de savoir que cette dernière possède une tunique externe séreuse, une tunique moyenne musculeuse composée de fibres lisses présentant trois couches superposées et enfin une tunique interne muqueuse séparée de la tunique moyenne par une certaine quantité de tissu conjonctif très lâche qui permet son glissement facile sur la paroi sous-jacente. Cette muqueuse, dont nous aurons à nous préoccuper plus tard au point de vue de l'avivement des bords de la fistule, n'adhère à la musculeuse qu'au niveau du trigone; dans cette région, le tissu cellulaire sous-muqueux fait défaut. La muqueuse vésicale n'a qu'un tiers de millimètre d'épaisseur; mais malgré sa minceur, elle possède une résistance remarquable due en grande partie à la présence de fibres élastiques assez nombreuses qui sont mêlées et intriquées au milieu des faisceaux conjonctifs.

Ce que nous avons dit des rapports médiats ou immédiats affectés par la face postérieure et la base de la vessie avec le corps et le col utérins d'une part, avec la moitié supérieure du vagin d'autre part, nous permet de comprendre toutes les variétés de fistules vésico-utérines et vésico-vaginales qui peuvent survenir chez la femme. Parmi ces dernières fistules, il en est qui, facilement accessibles par la voie vaginale, sont justiciables de l'intervention de choix et relèvent indubitablement de la méthode américaine, nous n'en parlerons pas.

---

(1) Testut. Traité d'anatomie humaine.

D'autres, au contraire, soit par leur voisinage du col utérin (fistules juxtacervicales de Pozzi), soit par suite de malformations congénitales ou acquises du vagin ayant déterminé une atrésie plus ou moins complète de ce canal, sont très difficilement atteintes ou même inattaquables par la méthode de Sims. C'est à ces dernières, et de plus à un certain nombre de fistules vésico-utérines (vésico-cervicales, vésico-utérines proprement dites), voire même aux fistules vésico-intestinales dont nous n'avons pas à parler ici, que s'adressera la cystotomie préliminaire.

En somme, les indications de cette dernière intervention, disons-le dès maintenant, restent assez rares, très rares même si l'on songe au grand nombre de fistules de toutes variétés, qui bien que haut placées sont néanmoins justiciables d'une opération beaucoup plus simple, plus bénigne et aussi plus certaine dans ses résultats.

Avant qu'on eût songé à faire bénéficier la cure de ces fistules vésicales difficilement accessibles des avantages de la cystotomie sus-pubienne, divers procédés indirects avaient été mis en usage pour pallier dans une certaine mesure à l'infirmité créée par de telles lésions. C'est l'exposé de ces moyens palliatifs qui va faire l'objet d'une rapide étude dans notre premier chapitre.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET DISCUSSION DES DIVERS PROCÉDÉS INDIRECTS MIS EN USAGE POUR LA CURE DE CERTAINES FISTULES VÉSICO-GÉNITALES

Depuis longtemps déjà, les chirurgiens s'étaient aperçus de l'insuffisance des procédés directs d'occlusion des fistules vésico-vaginales. En effet, la suture ou les différents procédés d'autoplastie sont difficiles à pratiquer avec une ouverture aussi étroite que celle que donne la voie vaginale, pour peu que la fistule à combler soit située un peu haut. En outre, il est des cas où les tissus bordants sont tellement altérés que la suture n'a aucune chance de réussir et souvent, lorsque par exemple la lèvre antérieure du col est détruite, l'étoffe manque pour l'avivement. Enfin, et c'était là une grosse crainte des anciens chirurgiens, crainte qui subsiste justement encore de nos jours malgré les progrès antiseptiques, dans les manœuvres nécessaires pour l'occlusion d'une fistule haut placée, on agit quelque peu à l'aveugle et, dans de telles conditions, la blessure d'un cul-de-sac, et consécutivement du péritoine, par le bistouri ou par l'aiguille, est toujours possible et à bon droit redoutable. Aussi, à l'époque où les procédés de suture n'étaient pas aussi perfectionnés que de nos jours et où les moyens antiseptiques faisaient complètement défaut, les insuccès de la méthode directe étaient nombreux, si nombreux que beaucoup de chirurgiens se contentaient de palliatifs, aveu mal déguisé de leur impuissance.

C'est pour obvier à ces inconvénients multiples et répondre à des indications spéciales que fut inventée la méthode indirecte dont le principe essentiel est la fermeture des voies génitales au-dessous de la fistule qu'on laisse subsister. La portion close devient ainsi un véritable diverticulum de la vessie. C'est Vidal de Cassis qui, en 1844, eut la première idée de procéder de la sorte et il institua une opération spéciale : l'*épisiorrhaphie* ou *épisiosténose*. Il fut conduit à l'idée d'intervention indirecte par la fréquence des insuccès de la méthode directe, qu'on devait attribuer, selon lui, au manque de capacité de la vessie sensiblement diminuée par le fait même de la suture. Il pensait que la non-réussite des sutures était due à une cause toute mécanique, alors qu'elle n'était que le résultat de procédés défectueux, et, en bonne logique, il proposa d'agrandir la vessie en lui créant un diverticulum par la fermeture du vagin au niveau de son orifice externe.

Voici quel était le manuel opératoire de l'épisiorrhaphie telle qu'il la préconisait à ce moment. On fait d'abord une incision elliptique en arrière des petites lèvres, allant du méat urinaire en avant à la commissure de la vulve en arrière. Cette incision comprend la muqueuse vaginale. On dissèque alors le lambeau postérieur de cette muqueuse sur une étendue de deux centimètres environ et on obtient ainsi un cylindre muqueux qu'on peut relever de manière à former un diaphragme perpendiculaire à l'axe du vagin et présentant au centre une ouverture irrégulièrement circulaire. La face supérieure ou vaginale du diaphragme ainsi formé est constituée par la surface lisse de la muqueuse, la face inférieure ou vulvaire par la partie profonde de cette même muqueuse séparée par la dissection des plans sous-jacents.

Autour de la petite circonférence interne du diaphragme on fait alors une suture à points passés dont on fait passer les

deux chefs terminaux par la fistule et l'urèthre au moyen d'une sonde de Belloc. En tirant sur ces fils on transforme le diaphragme circulaire en entonnoir à sinus extérieur. Pour terminer, on réunit par quatre ou cinq points de suture les surfaces cruentées dont le lambeau de muqueuse a été détaché et on obtient une fermeture plus complète.

Cette méthode fut employée sur deux malades par Bérard, mais elle ne donna pas grand succès. On lui fit beaucoup d'objections, dont les unes sont particulières à l'opération en elle-même et les autres imputables d'une façon générale à la méthode indirecte. On lui reprochait de favoriser la rétention des règles, le sang menstruel se coagulant dans la vessie, d'amener des altérations du vagin, de causer des métrites et des salpingites, des cystites et des pyélonéphrites et enfin on insistait sur le grave inconvénient de fermer complètement la voie vaginale et d'empêcher consécutivement le coït et la fécondation. Dans une discussion sur l'oblitération du vagin parue dans les *Annales de la chirurgie française* en 1845 (1), Vidal de Cassis répondit victorieusement que le sang des règles ne se coagulait pas aussi vite que le disaient ses adversaires et que, pourvu que la fistule fût de grandeur suffisante, il pouvait très bien passer par la vessie; que, d'autre part, le vagin s'accommodait assez bien du séjour de l'urine. Mais il fut obligé d'avouer que cette opération mettait les femmes dans une condition très pénible et que beaucoup préféraient une infirmité pourtant répugnante à une intervention qui les privait de vagin et ne leur permettait plus d'être épouses ni mères. Au cours de la précédente discussion, il raconta même que le mari d'une femme ainsi opérée avait exigé, deux mois après l'intervention, qu'on défît la suture. Aussi concluait-il que la méthode

(1) Tome XIV, p. 5.

indirecte devait être réservée aux cas tout à fait exceptionnels. Nous ne parlons que pour mémoire du reproche fait à l'épisiorraphie d'amener l'infection, ce reproche est aujourd'hui parfaitement négligeable.

Outre ces inconvénients généraux, l'opération de Vidal de Cassis donnait prise à des critiques particulières. C'est ainsi que la suture n'était pas solide et le décollement circulaire d'une exécution assez difficile.

En 1802, Simon d'Heidelberg fit faire un grand progrès à la méthode indirecte en inventant le *colpocleisis*. L'idée primordiale de cette opération était bien celle de Vidal de Cassis, mais le mode d'oblitération différait. Le manuel opératoire de cette intervention, qu'on pratique encore pour les fistules très haut placées ou quand l'étoffe manque, mérite d'être exposé avec quelques détails. L'oblitération doit être faite le plus haut possible. Elle comprend deux temps : l'avivement et la suture.

Pour aviver, on dissèque le plus près possible de la fistule un lambeau circulaire de muqueuse de deux centimètres compris entre deux incisions parallèles, en commençant la dissection de haut en bas. Cette dissection est assez difficile quand on fait l'oblitération un peu haut. Aussi est-il bon de tendre la paroi antérieure par une sonde introduite dans la vessie et la paroi postérieure par le doigt d'un aide introduit dans le rectum. Le bistouri agit ainsi avec plus de sûreté.

Une fois cet avivement circulaire terminé, on procède à la suture qui peut être faite au catgut, à la soie ou aux fils d'argent. Les fils sont d'abord passés sous la paroi antérieure de bas en haut et vont ressortir au delà de la partie avivée, puis on les passe de haut en bas dans la paroi postérieure au-devant de laquelle ils viennent ressortir pour se nouer avec l'autre chef. Les deux parois antérieure et postérieure sont ainsi accolées et le vagin est fermé par une cicatrice transversale. Depuis

Simon d'Heidelberg on a proposé diverses modifications. Fritsh entre autres, a proposé de faire l'avivement non par dissection mais par décollement; mais les résultats obtenus ne sont guère supérieurs à ceux de l'autre méthode. Cette opération a sur celle de Vidal de Cassis l'avantage d'être plus simple et le mode de suture, outre qu'il est plus facile, amène une réunion plus solide. En outre, si on peut pratiquer l'occlusion assez près du col, elle échappe en partie au reproche principal fait à la méthode indirecte, celui de supprimer le vagin. En effet, après guérison, il subsiste un petit cul-de-sac assez court en vérité, mais dont avec le temps et un peu de philosophie les maris à défaut des femmes pourraient à la rigueur se contenter. Plus fréquemment le coït est à peu près impossible.

Cependant, lorsque pour une cause ou pour une autre il était impossible de faire la suture directe, le colpocleisis constituait un progrès très sensible sur l'épisiorraphie.

Dans certains cas de fistules vésico-vaginales, il existe des altérations fonctionnelles du col et de la vessie, telles qu'il y a incontinence uréthrale. Baker-Brown, pour y remédier, imagina une opération originale en soi à laquelle il donna le nom d'*oblitération rectale de la vulve*. Non content de donner à la vessie un diverticulum vaginal, il créait une fistule vagino-rectale artificielle dans le but d'établir un vaste cloaque fermé en bas par un seul sphincter, le sphincter anal. Il faisait l'opération en deux temps séparés. D'abord il pratiquait sur la face postérieure du vagin une incision verticale jusque dans le rectum, puis il affrontait et suturait les muqueuses vaginale et rectale circulairement et ce n'est que lorsqu'il avait obtenu la perméabilité de cette fistule artificielle qu'il faisait le colpocleisis, second temps de son opération.

Cette opération qui, dans deux cas de Fritsh, a donné d'assez bons résultats et qui a été pratiquée depuis par Maison-

neuve (1851), Rose et Schrœder, outre tous les inconvénients de la méthode indirecte au point de vue du coït et de la fécondation, paraît favoriser beaucoup plus les infections ascendantes de l'appareil génital, car si le vagin supporte assez bien le séjour de l'urine, il n'en est plus de même pour les matières fécales. De plus, ce qui doit faire rejeter cette opération, c'est le fait constaté plusieurs fois que la fistule recto-vaginale s'oblitère facilement, réduisant ainsi à néant toutes les espérances de l'opérateur et nécessitant une nouvelle intervention.

Dans les fistules utéro-vésico-vaginales qui ont détruit la lèvre antérieure du col, celles que Pozzi (de Paris) appelle fistules juxta-cervicales, la méthode directe par le vagin est le plus souvent inapplicable, et, serait-elle possible, elle serait en tout cas très dangereuse à cause du voisinage du cul-de-sac antérieur. Aussi a-t-on proposé une opération indirecte, l'*hystérocleisis vésical* qui consiste à aviver la lèvre vaginale de la fistule et la lèvre postérieure intacte du col et à les suturer en passant les fils d'abord de bas en haut sur la lèvre vaginale, puis de haut en bas sur la lèvre utérine. Cette opération donne d'assez bons résultats; la hauteur à laquelle elle se pratique permet en général le coït, mais son principal inconvénient est d'exposer à la blessure le cul-de-sac postérieur qui est souvent piqué par l'aiguille. Dans le cas de fistule vésico-cervicale, la méthode indirecte seule est possible et on fait alors l'*hystéro-stomatocleisis* de Jobert de Lamballe, opération simple qui consiste en un avivement circulaire et une suture du col. Mentionnons simplement ici que O. Deroubaix, sur une opérée de ce genre, a vu la fécondation se faire par un orifice de la largeur d'un stylet qui était resté perméable après l'opération au niveau du col.

Il est une autre intervention proposée par le Dr Michaux, chirurgien des hôpitaux de Paris, à la sixième session du con-

grès français de chirurgie, 23 avril 1892, sous le nom de méthode ischiorectale avec fenêtre vaginale ou boutonnière vaginale ischiorectale.

Chez une femme atteinte de fistule vésicovaginale juxtacervicale, dont le vagin était cloisonné à sa partie supérieure par un tissu cicatriciel rigide et chez laquelle l'opération directe par le vagin n'avait donné aucun résultat « après une heure de tâtonnements dans toutes les positions possibles et avec les aiguilles les plus variées », le Dr Michaux résolut d'aborder directement cette fistule en passant par la fosse ischiorectale et en ouvrant le vagin à sa partie supérieure au voisinage du col utérin. Cette intervention dont les règles opératoires sont décrites tout au long dans la communication du Dr Michaux, ne donna pas un succès complet.

S'il est vrai que cette opération donne « beaucoup de jour », ce qui serait discutable, de l'avis de M. Picqué (de Paris), elle porte en tout cas dans une région parcourue par les vaisseaux hémorrhoïdaux inférieurs, branches de l'artère honteuse interne et par des petits rameaux du nerf hémorrhoïdal ou anal; c'est dire assez qu'elle expose à des hémorrhagies sinon graves au moins gênantes pour l'opérateur, et, ce qui est plus important, à la section du nerf précédemment nommé qui tient sous sa dépendance l'intégrité fonctionnelle du sphincter.

Pour compléter l'énumération des opérations qui ont été proposées depuis Vidal de Cassis pour la cure des fistules vésico-génitales par la méthode indirecte, nous signalerons enfin la cystostomie sus-pubienne combinée avec le colpocleisis, intervention pratiquée plusieurs fois avec succès, paraît-il, par M. Poncet (de Lyon). Mais il nous paraît y avoir là une complication opératoire inutile qui ne trouverait son emploi qu'au cas où l'urèthre ne serait pas perméable. Mais tant qu'il fonctionne un urèthre, il nous semble encore une fois parfai-

tement inutile d'en créer un second. Avec ce méat de nouvelle formation, l'incontinence est la règle, et si vraiment elle est moins pénible que l'incontinence vaginale, il n'en est pas moins vrai qu'elle suffit malgré tout à faire rejeter l'intervention.

En somme, si nous laissons de côté le procédé de Poncet et l'occlusion rectale de la vulve qui, pour des raisons péremptoires déjà énoncées, nous paraissent être suffisamment condamnées par la pratique, nous voyons que la méthode indirecte consiste essentiellement dans l'occlusion par avivement et suture du conduit génital faite plus ou moins haut. Nous ne reviendrons pas sur les inconvénients de l'épisiorraphie et nous ne nous attacherons qu'à discuter les opérations qu'on pratique encore aujourd'hui, c'est-à-dire le colpocleisis, l'hystérocleisis vésical et l'hystérostomatocleisis. Si ces opérations sont faciles à pratiquer et peuvent donner souvent des succès opératoires au point de vue exclusif de la suppression de l'incontinence, il est facile en revanche de se rendre compte que, malgré les perfectionnements apportés à la méthode, elles n'en sont pas moins passibles des objections faites à Vidal de Cassis en 1845. Il est certain que toutes ces opérations seront toujours difficilement acceptées par les malades. Les femmes ont à se laisser priver de vagin une répugnance qui se conçoit parfaitement. Il est inutile d'insister sur les inconvénients que peut avoir une telle opération non seulement pour l'opérée elle-même mais encore pour son mari. Les relations conjugales et la procréation occupent une trop grande place dans le maintien de la paix des ménages pour qu'on aille de gaieté de cœur les rendre tout à fait impossibles, surtout lorsque la malade est jeune et qu'on lui enlève ainsi tout le bonheur qu'elle était en droit d'attendre de son titre d'épouse.

Ces graves inconvénients sont donc à eux seuls plus que

suffisants pour faire rejeter l'hystérocleisis; au cas où il serait tout à fait impossible de faire autrement, on devrait n'intervenir que si la malade avait un certain âge, si son appareil génital était absolument sain, si la perte de substance vésico-génitale était assez large pour permettre un facile écoulement des règles, car les dangers d'infection ascendante, et de rétention des règles sont moins imaginaires que voulait le dire Vidal de Cassis et dans tous les cas méritent bien qu'on compte avec eux.

En résumé, nous croyons que ces méthodes indirectes doivent rester à l'état de procédés d'exception, d'autant que la méthode que nous préconisons dans ce travail est applicable toutes les fois que les procédés indirects sont indiqués et ne présente en outre aucun des inconvénients que nous venons de leur reprocher.

CHAPITRE II

HISTORIQUE SUCCINCT DE LA CYSTOTOMIE SUS-PUBIENNE. — DE SON APPLICATION DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES FISTULES VÉSICO-GÉNITALES. — OBSERVATIONS.

Quelques auteurs ont rapporté à Phylagrius, médecin de Thessalonique, qui vivait peu de temps après Galien, la conception de la taille hypogastrique. Haller prétend que cette opération était pratiquée déjà vers le milieu du xv[e] siècle; mais toutes ces assertions manquent de preuves. C'est à Franco qu'il faut reconnaître l'idée première de la cystotomie sus-pubienne. Dans son *Traité des hernies* (1560), Franco nous raconte comment, sur les vives instances des parents de son malade qui souffrait affreusement d'un volumineux calcul vésical, après avoir essayé vainement à plusieurs reprises l'extraction par le procédé de Celse (taille par le petit appareil), il se décida à faire une incision des parties molles un peu au-dessus du pénis.

Malgré le succès de cette intervention hardie, Franco se garda bien de recommander sa nouvelle méthode. Comment pouvait-il en être autrement à une époque où les plaies de la vessie étaient considérées comme constamment mortelles ? Heureusement pour la science, les conseils de Franco ne furent pas suivis et, dès 1581, Rousset, peu satisfait des résultats de la « taille par le grand appareil », écœuré de ce qu'il appelait *la boucherie du périnée,* examina de plus près le mode opératoire de Franco.

Après avoir fait une sérieuse étude de la région sous-ombilicale, délimité les rapports de la vessie avec le péritoine, il proposa, dans le but d'éviter la séreuse, l'injection de liquide dans la vessie faite avec un cathéter creux, cannelé sur sa convexité, en même temps qu'il conseillait de coucher le malade sur le dos en l'inclinant de manière que les intestins s'éloignassent du réservoir pendant que la pierre se portait vers le bas-fond. Ne reconnaît-on pas, dans la position recommandée par Rousset, la position dite de Trendelenburg? Mais ces conseils théoriques ne furent jamais expérimentés par leur auteur.

Le XVIII[e] siècle ne fournit que peu de faits à l'histoire de la taille haute. Nicolas Pietre soutint une thèse en faveur de cette opération et Gui Patin nous dit : « Pietre défendit fort bien cette thèse contre deux de nos docteurs qui lui voulaient du mal. L'un est un dangereux normand, fin et matois, l'autre un grand ivrogne, valet d'apothicaire, fait comme un juif-errant, qui se rendit encore plus ridicule en attaquant N. Pietre qui *a fait* cette opération en ville sur les hommes et sur les femmes, laquelle *a réussi* ». Nüch, 1636, Riolan, 1658, exposent encore des vues théoriques sur la question.

Dans la seconde moitié du XVII[e] siècle, Brayer voulut tirer de l'oubli la taille hypogastrique trop délaissée et, sur ses instances, M. de Lamoignon chargea Colot, opérateur du roi pour la pierre, de l'essayer sur le cadavre. Comme ce dernier sollicitait une pension et voulait se faire passer comme le seul chirurgien capable de tailler par le grand appareil, il n'hésita pas à déclarer que l'opération dont on l'avait prié d'examiner la valeur était un mode opératoire auquel il ne pouvait « songer qu'avec horreur ». L'arrêt fut sans appel et la taille hypogastrique fut bannie de France. Elle trouva un refuge en Ecosse (Proby, 1694), en Angleterre où nous la retrouvons entre les

mains de Chelseden, 1722; elle eut une certaine vogue en ce pays, mais dès que ce chirurgien eut inventé la taille latérale, il abandonna totalement l'incision sus-pubienne, bien que le 23 janvier 1718, Jacques Douglas, dans un mémoire lu devant la Société royale de Londres, eût sontenu la possibilité et les bons résultats de la taille hypogastrique. En 1769, cette opération fit l'objet d'un mémoire du frère Côme, chirurgien-barbier, qui publia sa nouvelle méthode appuyée sur 36 observations; mais il avait fort inutilement compliqué l'appareil instrumental. C'est ainsi que pour la division seule de la ligne blanche, un bistouri droit, un trocart bistouri et un bistouri lenticulé lui étaient nécessaires. Néanmoins son mémoire contenait de judicieuses remarques sur les divers temps du manuel opératoire et les chirurgiens de l'époque s'appliquèrent seulement à le simplifier. Souberbielle imagine un siphon aspirateur dont le mauvais fonctionnement empêche l'usage; Amussot place dans la plaie vésicale une grosse canule autour de laquelle il suture les bords de la plaie.

Il nous faudrait encore, pour résumer les grandes lignes de cette histoire de la taille hypogastrique, citer bien des noms, insister sur bien des détails intéressants, mais les limites de ce travail ne nous le permettent pas. Signalons toutefois en passant le mémoire de Franc (1835) dans lequel ce chirurgien conseille de couper transversalement au-dessus de l'arcade pubienne, peau, muscles et vessie. Nous croyons avec le Dr Horteloup, chirurgien de Necker, que c'est là la véritable origine de la taille hypogastrique transversale; dans cette hypothèse, Trendelenburg, qui a préconisé l'incision transversale de la vessie et des parties molles qui la recouvreut, ne serait qu'un imitateur.

Durant une bonne partie de ce siècle, la taille hypogastrique a toujours été regardée comme une opération à suites graves

et, pour cette raison, trop délaissée. Dans ces dernières années, grâce aux bienfaits de l'antisepsie, grâce à nos précautions opératoires et à notre instrumentation perfectionnée, elle a repris le rang auquel elle a réellement droit. Sans vouloir la mettre en parallèle avec les autres tailles, ne doit-on pas reconnaître qu'elle seule présente le grand avantage de permettre de voir d'un coup d'œil toute l'étendue de la cavité vésicale. Au reste, ses applications nombreuses, applications qui tendent tous les jours à se multiplier et les beaux résultats qu'elle a donnés ne sont-ils pas le plus bel éloge qu'on puisse faire d'elle?

Parmi les applications de la cystotomie sus-pubienne, il en est une de date plus récente qui fait le sujet de notre thèse.

Elle consiste à donner accès dans la vessie pour atteindre les fistules vésico-génitales inopérables par la méthode américaine.

Déjà sans parler du procédé du ruban de Bourguet (d'Aix), Cruveilhier fils, Villeneuve (de Marseille) et Follet (de Lille) avaient songé à faire pénétrer dans la vessie une sonde ou le doigt de l'opérateur recourbé en crochet pour mieux faire saillir la paroi vaginale antérieure, avantage incontestable pour pratiquer l'avivement et la suture des fistules haut placées. Peut-être même avait-on songé théoriquement à se faire une voie à travers la vessie pour atteindre les fistules inaccessibles par la voie vaginale; mais les traités classiques restent muets sur la question. Toujours est-il qu'il y avait dans les manœuvres mentionnées plus haut le germe de l'opération même que nous étudions. C'est à Trendelenburg que revient le mérite d'avoir pratiqué pour la première fois l'opération de la taille haute pour la cure d'une fistule vésico-vaginale haut placée.

Bien que le succès ne soit pas venu tout d'abord couronner

sa belle tentative, le chirurgien de Bonn ne désespéra point de sa méthode et, loin de regarder comme impraticable le principe même de son intervention qui était de substituer une opération directe aux procédés indirects employés dans le même cas, il ne fit qu'accuser l'imperfection de son manuel opératoire, et comme tout opérateur vraiment digne de ce nom, au lieu de se décourager, il ne songea plus qu'à corriger son modus agendi. Nous verrons plus tard quel fut l'heureux résultat de ses louables efforts.

Dans toute fistule vésicale, on peut faire cesser l'incontinence :

1° En oblitérant directement la fistule;

2° En oblitérant au-dessous de la fistule le canal génital dont on fait une dépendance du réservoir urinaire.

Nous avons vu dans le précédent chapitre, en faisant l'exposé des procédés indirects qui dérivent de cette deuxième méthode, que tous ces procédés, aussi ingénieux qu'ils soient, sont passibles des mêmes critiques. On ne peut s'empêcher, en effet, de leur adresser le même reproche, celui de faire cesser l'incontinence au prix de la suppression des fonctions génitales (fécondation, quelquefois copulation). De plus, rien n'est fait pour l'obstruction de la fistule elle-même qui persiste avec ses mêmes caractères; l'urine, au lieu de s'écouler librement par le vagin, stagne dans ce conduit rendu chirurgicalement imperméable, s'altère et devient ensuite une source d'infection ascendante pour les voies génito-urinaires. Que penser d'une méthode qui, visant le symptôme dominant, l'incontinence, ne savait l'atteindre qu'en exposant les malades à des complications si redoutables? S'il est vrai qu'entre deux maux il faut choisir le moindre, l'infirmité créée par l'incontinence n'est-elle pas préférable aux inflammations aiguës des organes génito-urinaires avec toutes les complications qui peuvent

en résulter secondairement? En d'autres termes, le traitement proposé aux malades était purement symptomatique, quelquefois pire que le mal et dans tous les cas jamais curatif.

Si l'on compare cette méthode, aussi imparfaite dans son principe que dans ses résultats, à la nouvelle méthode préconisée par Trendelenburg, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'au point de vue théorique seul, elle est très inférieure à cette dernière. L'opération du chirurgien de Bonn va droit au but en cherchant à oblitérer directement la fistule; un traitement véritablement curatif tend à se substituer au traitement palliatif que poursuivait la méthode indirecte, méthode de pis-aller, véritable aveu d'impuissance chirurgicale. Tous les reproches faits à cette dernière méthode ne tombent-ils pas d'eux-mêmes devant l'opération de Trendelenburg, qui, laissant intacts et l'utérus et le vagin, ne compromet en rien leurs fonctions et s'efforce néanmoins de soustraire ces organes à l'action nocive de l'urine, tout en atteignant le symptôme capital, l'incontinence? Rosenthal dit avec raison : « The method which permits the uterus to functionate without interference is the method that certainly ought to be adopted when possible » (1).

Il est vrai que pour se faire jour dans la vessie on doit faire une brèche, une plaie nouvelle à cette organe, que cette incision se fait dans une zone rendue dangereuse par la présence du péritoine, mais grâce aux progrès de l'antisepsie, le temps n'est plus où les plaies de la vessie étaient considérées comme fatalement mortelles. Il restait encore à savoir, tout danger d'infection écarté, si la voie nouvellement tracée serait bien

---

(1) « La méthode qui permet à l'utérus de continuer ses fonctions est la méthode qui mérite sans conteste d'être adoptée lorsque ce sera possible ». Rosenthal, *American journal of obstetrics*, vol. XXVII, march 1893, n° 3.

praticable, s'il serait facile d'atteindre la fistule très profondément située, comment se comporterait par la suite la plaie vésico-abdominale, si les sérieux avantages curatifs que promettait cette opération ne seraient pas achetés au prix de sérieuses difficultés opératoires et de dangers multiples pour le malade, en un mot si les résultats pratiques répondaient aux belles espérances fondées sur des vues théoriques.

C'était à l'expérience à prononcer. Trendelenburg se mit à l'œuvre et par trois fois il pratiqua la cystotomie sus-pubienne pour des fistules vésico-génitales. Sa troisième opération fut couronnée de succès. Dès qu'il eut publié les résultats de ses observations, Mac Gill en Angleterre, le professeur Léopold, Baumn, élève de Trendelenburg, Bardenhauer pratiquèrent à leur tour la taille haute dans les mêmes conditions. Si nous joignons à leurs observations celle qui a été publiée récemment par notre maître, le professeur agrégé Pousson, nous aurons épuisé la liste de renseignements fournis sur la question par nos recherches bibliographiques.

Nous avons consulté le texte original des auteurs étrangers précités et c'est la traduction littérale de leurs observations que nous allons publier. Des deux observations de Mac Gill, l'une concerne un cas de cystotomie faite pour un néoplasme malin ayant envahi le plancher de l'urèthre depuis le méat jusqu'à la base de la vessie. Bien que cette observation ne rentre pas à proprement parler dans le cadre de notre sujet, puisque nous ne visons que les cas de cystotomie sus-pubienne appliqués au traitement de certaines fistules vésico-génitales, nous relaterons néanmoins les détails de cette observation parce qu'elle montre bien évidemment que si une pareille lésion a pu être justiciable d'une telle intervention, à plus forte raison une simple fistule vésico-génitale eût-elle pu profiter du même traitement.

Du reste, il faut bien avouer qu'après l'ablation du néoplasme, après ce premier temps de l'opération, la vessie communiquait avec le vagin par une longue plaie béante et par conséquent réalisait en tous points les conditions d'une large fistule vésico-vaginale dont les bords auraient été avivés.

OBSERVATIONS

Malgré tout notre bon vouloir, nous n'avons pu nous procurer les trois observations détaillées de Trendelenburg. L'une d'elles seulement, et fort heureusement celle qui a trait à l'opération suivie de succès, nous a été fournie dans le texte original; nous en reproduisons l'exacte traduction. Quant aux deux autres observations publiées par l'auteur, nous savons seulement que dans les deux cas l'opération n'aboutit à un résultat satisfaisant et que Trendelenburg fut obligé de pratiquer ultérieurement le colpocleisis.

Par contre, les deux observations de Bardenhauer, que nous n'avons pu nous procurer dans leur texte, enregistrent des succès.

OBSERVATION I

TRENDELENBURG.

Insuccès. On dut pratiquer ultérieurement le colpocleisis.

OBSERVATION II

TRENDELENBURG.

Insuccès. On dut pratiquer ultérieurement, comme dans le premier cas, le colpocleisis.

OBSERVATION III

TRENDELENBURG (1888).

Le 1er juillet courant, sur le conseil du Dr Zumwinkel, vint me trouver une femme de 44 ans, d'origine polonaise et qui avait de l'incontinence d'urine depuis un accouchement remontant à une quinzaine d'années. L'enfant (le cinquième) avait dû être extrait par le forceps.

L'examen génital de la malade donna les résultats suivants :

A la paroi antérieure du vagin, à droite de la ligne médiane, était une perte de substance dont le grand axe était dirigé de droite à gauche et d'avant en arrière. La longueur de cette perte de substance était celle d'un noyau de prune et permettait l'introduction de la pulpe de l'index dans la cavité vésicale. La moitié droite du col manquait et le reste était profondément situé, si bien qu'il était impossible d'introduire une sonde dans le canal cervical, comme il était impossible également, par suite d'adhérences inflammatoires, d'abaisser l'utérus et d'amener en bas la partie supérieure des bords de la fistule.

Opération le 2 juillet 1888.

Chloroformisation. — Position élevée du bassin, emploi de l'appareil d'Eschbaum. Incision de 10 centimètres faite transversalement en suivant le bord supérieur de la symphyse. Désinsertion des muscles droits. Ouverture de l'espace prévésical, introduction d'un cathéter dans la vessie. Incision transversale de cinq centimètres dans la paroi antérieure de la vessie au-dessous du cul-de-sac péritonéal.

La lèvre supérieure de la plaie vésicale est fixée à la lèvre correspondante de la plaie cutanée par quelques fils qui, alourdis par des pinces, écartent le bord de la plaie en bas et latéralement. On voit alors entre les deux uretères, plus près du droit que du gauche, la perte de substance vésicale. A la partie supérieure des bords de la fistule intimement unis au col, on peut introduire une sonde utérine qui se dirige en haut et à gauche.

Les bords de la fistule sont avivés en enlevant une bande de muqueuse vésicale et cervicale. Cette bandelette de muqueuse vésicale a comme

largeur 1 centimètre à gauche, à droite 5 ou 6 millimètres seulement à cause de l'uretère.

Six points au crin de Florence avec nœuds et serre-nœuds ordinaires. La seule difficulté qu'il y ait dans l'avivement est de bien voir l'orifice des uretères pour les éviter. Dans ce but, nous introduisons au préalable une sonde dans chaque uretère.

La consolidation des nœuds est aussi facile à faire que pour toute autre suture cutanée. Après fermeture de la vessie, l'ouverture du canal utérin est reportée naturellement dans le vagin.

Enfin on enlève les sutures provisoires de la partie antérieure de la vessie et on réunit la plaie vésicale par des points simples et une petite suture de Lambert. On laisse au milieu une petite ouverture par laquelle on introduit un drain vésical en forme de T. Lavage vésical au sublimé à 1/5000. Suture cutanée en ménageant une ouverture pour le drain.

La malade est couchée dans le décubitus latéral.

Température la plus élevée, 38,4. Urine peu trouble; 18 jours après l'opération, on enlève le drain vésical. Trois semaines après, il ne s'écoule plus d'urine par la fistule et l'urine peut être retenue une demi-heure; quatre semaines après l'opération, la malade retient ses urines pendant une heure. Sept semaines après le jour de l'opération, la plaie est cicatrisée et les urines peuvent être retenues pendant deux à trois heures.

Souffrances extrêmes éprouvées par la malade, après qu'elle eut quitté la clinique. M. le Dr Zumwinkel dilata l'urèthre et fit l'extraction de quelques concrétions qui s'étaient déposées sur les nœuds de suture intra-vésicaux. Cette suture a toujours bien tenu et la continence est parfaite.

OBSERVATION IV

Mac Gill.

F. S..., âgée de 50 ans, fut admise à l'infirmerie de Leeds et confiée à mes soins, le 17 septembre 1889. Elle souffrait d'une rétention d'urine.

Depuis 27 ans elle prenait du laudanum à raison d'une once et demie par jour. Sa santé était bonne et ce n'était que depuis cinq mois avant son admission qu'elle présentait des symptômes urinaires : elle indiquait une difficulté dans la miction, qui était douloureuse et parfois sanguinolente. Les symptômes augmentèrent graduellement d'intensité au point de donner lieu à une rétention complète, sept jours avant son entrée à l'infirmerie, mais elle fut soulagée par de la miction par regorgement.

Au moment de son admission, la vessie était très distendue. Il y avait une masse dure, nodulaire, qui s'étendait depuis le méat urinaire jusqu'à la paroi antérieure du vagin et occupait le plancher de l'urèthre s'étendant jusqu'à la base de la vessie.

Une sonde de femme fut introduite avec quelques difficultés et quelques pintes d'urine furent évacuées.

La rétention se reproduisit. La malade n'était soulagée que par de fréquents cathétérismes, ce qui occasionna beaucoup de douleurs et quelques hémorrhagies.

Il fut résolu, en conséquence, de pratiquer l'ablation de la tumeur, de fermer la fistule vésico-vaginale ainsi formée en laissant une ouverture supra-pubienne.

Le 27 septembre, les poils du pubis ayant été rasés, la patiente qui était une femme très mince, fut placée dans la position *intervertie* en la suspendant par les genoux à une barre fixée à la table d'opération et en faisant supporter ses reins par des oreillers. Sa tête fut placée du côté d'une fenêtre, dont toute la lumière tombait par suite sur l'abdomen. La vessie fut alors distendue avec 12 onces d'une solution boriquée. Une incision transversale d'environ un pouce et demi au-dessus du pubis et de trois pouces de longueur fut faite, divisant à la fois et la peau et les muscles droits; la vessie fut mise à jour, fixée par un ténaculum et ouverte transversalement; elle fut fixée à la partie profonde de la paroi abdominale et préservée ainsi d'une chute dans le bassin par trois sutures.

La malade fut ensuite placée dans la position de la lithotomie et un spéculum en bec de canard fut introduit dans le vagin. La tumeur pres-

sée en bas par les doigts d'un assistant passa à travers l'ouverture sus-pubienne et fut enlevée par les scalpels et les ciseaux. Cela dura plus de temps qu'on ne le pensait. Les deux tiers inférieurs de la circonférence de l'urèthre aussi bien qu'une partie de la base de la vessie étaient intéressés et lorsque l'ablation fut complète, il se trouva qu'une ouverture laissant passer deux doigts avait été faite. Cette ouverture fut fermée par des sutures de soie fine passées à travers la paroi vaginale; les bords furent réunis avec difficulté et il y avait une grande tension dans les sutures. La malade fut remise alors dans la position *intervertie* et la brèche vésicale fut fermée par un catgut fin. En dernier lieu la boutonnière vésicale hypogastrique fut fermée à chaque bout, un orifice étant laissé assez large pour admettre un tube à drainage. Les muscles droits furent suturés ensemble et la plaie cutanée réunie excepté au centre. En injectant la vessie on trouva que l'ouverture du vagin était imperméable. L'examen anatomo-pathologique démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Par la suite les choses se passèrent ainsi.

A l'examen pratiqué au bout d'une semaine, on constata que la partie postérieure de la suture vésico-vaginale n'avait pas tenu et qu'il existait en ce point une fistule à travers laquelle un doigt pouvait passer.

L'ouverture sus-pubienne se ferma lentement, mais celle de la vessie fut maintenue béante au moyen d'un tube introduit par intervalle. La vessie et le vagin furent lavés deux fois par jour par l'ouverture sus-pubienne avec une solution boriquée.

Le 3 novembre, 37 jours après l'opération, la fistule vésico-vaginale était complètement guérie et toute l'urine s'échappait par l'ouverture supra-pubienne. La malade fut munie d'un urinal et envoyée à notre maison de convalescence.

Le 4 janvier 1890 elle revint à l'infirmerie et on trouva que l'urine s'échappait encore à côté du tube urinal. Il n'y avait pas de récidive de la tumeur. Le 18 janvier la malade fut renvoyée chez elle.

OBSERVATION V

Mac Gill.

E. A. W..., âgée de 17 ans, fut admise à l'infirmerie de Leeds et confiée aux soins du docteur Braithwaite le 3 janvier 1890. Sachant que je m'intéressais à la question, le docteur Braithwaite la transféra aimablement dans mon service. Cette femme avait été délivrée par le forceps le 23 novembre 1889 après un travail de quarante-huit heures. Depuis lors, toutes ses urines passaient par le vagin. A l'examen, on constatait que le périnée était déchiré jusqu'à l'anus. Il y avait une fistule vésico-vaginale assez large pour admettre le bout de l'index et située immédiatement en avant de l'orifice externe de l'utérus. Le 11 janvier la malade fut placée dans la position intervertie et la vessie ouverte transversalement et fixée à la paroi abdominale comme il a été dit à propos du cas précédent. Il était forcément impossible de distendre le réservoir urinaire. Une spatule de cuivre fut introduite dans la vessie de façon à relever sa paroi antérieure. Grâce à l'emploi d'une petite lampe électrique placée contre la spatule l'intérieur de la cavité aussi bien que la fistule furent parfaitement éclairés.

La fistule étant fixée et relevée par les deux doigts d'un assistant introduits dans le vagin, les bords furent avivés. Quatre sutures au catgut chromé furent passées très aisément à travers la membrane muqueuse et la fistule fut ainsi complètement fermée. Pour une plus grande sauvegarde, la malade fut placée dans la position de la lithotomie et quatre sutures à la soie fine furent passées comprenant tous les tissus, à l'exception de la membrane muqueuse de la vessie.

L'ouverture sus-pubienne fut fermée par une suture à trois étages pour la vessie, les muscles et la peau, une ouverture étant laissée au milieu de l'incision pour le passage du drain.

Les suites opératoires furent en tout point satisfaisantes.

Le cinquième jour on enleva le tube à drainage; le huitième jour, la malade perdit un peu d'urine par l'urèthre; au bout de quinze jours, les sutures vaginales furent enlevées. En moins d'un mois, l'ouverture

sus-pubienne était complètement fermée et, le 13 février, la malade retourna chez elle, pissant naturellement et complètement guérie.

OBSERVATION VI

BAUMM.

Mme X..., journalière, multipare, fut prise d'incontinence d'urine au milieu de janvier dernier.

Trois semaines auparavant, elle avait fait un accouchement naturel très pénible, quatorze jours après avoir perdu les eaux.

L'enfant mort se présenta par la tête. Cette femme, de musculature moyenne, fut atteinte d'infection puerpérale grave. Elle eut une fièvre intense et sa température moyenne fut de 40°centigrades. Les urines, ammoniacales, s'écoulaient par le vagin et les dernières émises contenaient de petites masses et des lambeaux grisâtres. Urines chargées de sels. Dans la cavité vaginale, on trouve deux orifices : l'un central, par lequel l'extrémité du doigt pénètre dans la cavité utérine, l'autre, situé en avant et à droite, derrière une bride large d'un demi-centimètre, de la grandeur d'un marck et donnant accès dans la vessie. Les bords de ces deux trous sont formés de lambeaux déchiquetés, nécrosés. Le bassin de cette femme était fortement aplati. Il s'agissait évidemment d'une fistule vésico-cervicale dans laquelle toute la portion vaginale était détruite et les parties molles environnantes fortement endommagées.

L'état de la malade réclamait des soins, elle fut dirigée sur un hôpital.

Le 26 février de cette année, elle rentrait dans mon service. Quelques jours après, la fièvre cessa, mais la malade était faible et mourante. Toute l'urine passait dans le vagin.

Ce dernier offre l'aspect d'un large doigt de gant ayant deux ouvertures à son sommet. A travers le plus petit orifice, on peut introduire une courte tige dans le col de l'utérus. La fistule vésicale permet l'introduction de l'index dans le réservoir urinaire. La muqueuse de la

paroi postérieure de la vessie fait hernie entre les lèvres de la fistule. Les parois du vagin étant en plus grande partie formées de tissu cicatriciel très adhérent aux plans sous-jacents, toute tentative faite pour attirer en bas l'utérus et la fistule n'amenait que des déchirures de ce tissu cicatriciel. Il fallait opérer cependant à la partie supérieure de cette fistule. Quel chemin prendre? La voie nouvellement tracée par Trendelenburg semblait devoir donner ici les meilleurs résultats. L'état de la malade, extraordinairement affaiblie, n'était pas à considérer.

Sans doute le vagin est court, l'entrée est large et il ne paraît pas impossible qu'on puisse arriver au but par cette voie. Dans cet espoir je saisis la fistule par le vagin à l'endroit indiqué, mais il advint que j'avais mal apprécié les difficultés de l'opération, car l'avivement des lèvres de la fistule au fond de la cavité vaginale était extraordinairement difficile. L'application des points de suture, la réunion des bords de la plaie ne purent se faire dans de bonnes conditions malgré l'emploi des aiguilles et des porte-aiguilles les plus variés et je ne pus aboutir. La fistule fut fermée dans une certaine étendue, mais par la suite les bords se désunirent. Je ne m'illusionnai pas sur le mauvais résultat de mon intervention et je résolus de faire bientôt une nouvelle opération d'après la méthode de Trendelenburg.

L'opération fut faite le 17 avril de cette année, la fistule n'étant qu'à moitié obturée.

Préparatifs comme pour une laparotomie; le vagin fut aussi désinfecté.

Décubitus dorsal de la malade le bassin relevé, la partie inférieure du tronc étant, dans sa moitié droite un peu plus élevée et la tête de la malade tournée vers la fenêtre.

Je me suis servi d'une simple table d'opération en ayant soin de faire reposer la partie inférieure du tronc de mon opérée sur cette portion de la table où se place habituellement la tête.

Les jambes dépassaient complètement l'extrémité de la table; elles furent maintenues par un aide qui les tenait par dessus ses épaules, comme le décrit Trendelenburg.

Section transversale de la paroi abdominale dans une étendue de 8 à 10 centimètres; au fond de l'espace prévésical on rencontre la paroi vésicale antérieure.

Après hémostase, section transversale de la vessie dans une étendue de 6 centimètres environ.

Je fixe les bords de la plaie vésicale à ceux de la plaie abdominale.

Maintenant, je puis voir facilement le fond de la vessie.

La fistule et l'embouchure de l'uretère droit étaient visibles; quant à l'orifice de l'uretère gauche, il dut être recherché plus longtemps au moyen d'une sonde, avant d'être aperçu à gauche de la fistule. Il était caché et recouvert par la cicatrice résultant de la première opération. Il y avait encore dans cette petite cicatrice une toute petite fistule vésico-vaginale.

En somme il existait, comme la première fois, deux fistules plaéesc entre les deux embouchures des uretères.

Je fis une large incision en forme d'entonnoir qui circonscrivait les deux fistules. Grâce au bon éclairage du champ opératoire elle fut très facile à faire. Elle était large de 1 centimètre, un peu rétrécie cependant au niveau des embouchures des uretères.

Un aide repoussait par le vagin les portions qu'il fallait aviver. L'ouverture de l'uretère gauche, qui était difficile à voir, fut indiquée par une sonde introduite dans son orifice. La plaie fut réunie au moyen de fils de soie qu'on nouait dans le vagin. Dans ce but, les fils étaient munis, à leurs deux extrémités, d'une aiguille et ces dernières étaient passées ensuite de la vessie vers le vagin où elles étaient saisies par la main gauche de l'opérateur.

En traversant les bords de la fistule supérieure, une portion de l'aiguille passa à travers la paroi antérieure du col utérin et sortit par l'orifice du col.

La suture fut faite lorsque les huit points eurent été placés à l'aide du miroir de *Simon*.

Deux points de sutures furent mis un peu en dehors à droite et à gauche pour renforcer les autres sutures en cas de tiraillements trop considérables. Ensuite l'incision vésicale fut réunie par une double

rangée de sutures en laissant une ouverture centrale destinée au passage d'un drain en forme de T.

La première rangée des sutures (fils de soie), comprenait toute l'épaisseur de la paroi vésicale. La deuxième rangée (en fils de soie aussi) fut placée d'après la méthode de Lembert en recouvrant complètement la première.

La vessie fut lavée au moyen du drain, avec une solution de sublimé faible, jusqu'à ce que le liquide ressortît limpide. Et quand nous fûmes convaincu, au moyen de pressions, qu'aucun liquide ne passait à travers les points de suture, la paroi abdominale fut réunie à droite et à gauche du drain par des sutures profondes à la soie; on laissa une ouverture large comme le bout du doigt par laquelle l'espace prévésical fut tamponné avec de la gaze iodoformée.

On mit aussi dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

La malade fut portée dans son lit et placée de temps en temps tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, tant que la pression sur les trochanters n'était pas douloureuse.

Les souffrances qui résultaient de l'opération furent calmées par la morphine. Le cinquième jour, l'opérée fut placée dans le décubitus dorsal. La température, du troisième au sixième jour s'éleva à 38°9. L'urine qui coulait par le drain était recueillie dans un urinal. Le bout du drain n'était pas coupé au ras de la plaie mais la dépassait de 15 centimètres environ, de façon que l'urine ne put souiller ni la plaie, ni le lit. On pouvait s'assurer facilement de la perméabilité du drain.

Les tampons de gaze iodoformée furent laissés trois jours avant le premier pansement; par la suite ils furent enlevés plus souvent.

La plaie abdominale ne fut pas aussi lisse que Trendelenburg le rapporte dans ses observations.

Malgré les fortes sutures passées à travers toute l'épaisseur de la paroi et malgré leur éloignement des bords de la plaie, le plus grand nombre d'entre elles avait manqué trois jours après l'opération. La rétraction des muscles droits était très considérable. La plaie abdominale bâillait dans toute son étendue... Elle se remplit de granulations et se ferma lentement. Du côté de la vessie, rien de remarquable; à peine quelques douleurs.

L'urine, sanglante au début, devint claire et de réaction acide, à partir du cinquième jour sa réaction devint alcaline.

Le septième jour, une partie de l'urine passa par le vagin.

On ne sentait pourtant pas de fistules. Après avoir examiné *et écarté les sutures profondes*, on s'aperçut vers le onzième jour que l'urine passait à travers trois pertuis restés ouverts.

Quinze jours après l'opération, l'état était pire qu'auparavant.

La femme avait une grande plaie abdominale béante et l'urine s'échappait en haut et en bas.

Trois semaines après, la malade se leva. L'espoir d'une guérison spontanée de ces fistules vaginales n'étant plus à chercher, on se mit à les cautériser avec du nitrate d'argent; deux d'entre elles guérirent d'abord, cinq semaines après l'opération.

La troisième étant restée rebelle à ce mode de traitement, six semaines après l'opération je l'avivai par le vagin et je la suturai par trois points de suture à la soie.

L'urine s'écoulait toujours par la fistule abdominale.

De cette façon la fistule vaginale guérit enfin.

La fistule abdominale persistait avec ses caractères. Neuf semaines après l'opération, la plaie abdominale était encore si large qu'il restait encore une surface grosse comme une fève, granuleuse, au milieu de laquelle était une ouverture qui conduisait dans la vessie.

La fistule, qui semblait ne pas vouloir se fermer elle-même, fut taillée, avivée en forme d'entonnoir et cousue.

La guérison ne vint pas. Pour la deuxième fois, la malade fut opérée; je taillai mon lambeau en forme de tranche de melon et je réunis les bords de la plaie; mais cette fois encore, insuccès.

La malade quitta l'Institut avec sa fistule abdominale. Au moyen d'un bandage compressif et grâce à l'écoulement habituel et fréquent des urines par l'urèthre, la situation est supportable.

OBSERVATION VII

Grâce à la bonté de mon chef, le professeur Léopold, je puis rapporter un cas de fistule vésico-cervicale opérée à travers la vessie et guérie.

A. S..., âgée de 27 ans et mariée depuis un an, fut admise à l'hôpital le 15 juin 1892. Ses parents ont eu une bonne santé; elle a sept frères ou sœurs, deux sont morts. Rachitisme à l'âge de trois ans. Chlorose. Réglée pour la première fois à 16 ans, les menstrues apparaissent aujourd'hui toutes les trois semaines, durent trois jours et sont précédées de douleurs lombaires. Le 24 avril 1892, elle donna naissance à son premier enfant. Autant qu'on ait pu le savoir (la femme n'étant pas internée dans notre Institut), l'enfant arriva à terme et bien développé. Chez cette primipare le travail dura quatre jours et n'eut d'anormal que sa durée.

A l'expiration de ces quatre jours, elle accouchait spontanément d'un enfant mort-né. Pas de fièvre, bonne santé durant les neuf jours qui suivirent; le neuvième jour, comme elle se levait, elle s'aperçut qu'elle perdait ses urines par le vagin. Elle nous dit par hasard qu'étant encore alitée elle avait transpiré beaucoup et avait ressenti quelques douleurs au niveau de l'abdomen et plus spécialement sur les côtés.

Elle se plaint maintenant de ne pouvoir retenir ses urines quand elle est couchée. Dans la station assise, la chose est possible dans une certaine mesure. Il y a aussi un écoulement muco-purulent par le vagin. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement, l'apparence générale et l'appétit sont bons.

A l'examen on constate que le vagin contient une quantité d'urine semblant provenir d'une espèce de fente mettant en communication la vessie et le col et située à la partie supérieure et droite de la paroi antérieure du vagin. L'urèthre est normal, l'urine retirée par le cathéter est nuageuse, ne contient pas d'albumine et laisse déposer un sédiment où l'examen microscopique montre l'épithélium polygonal de la vessie.

Dans l'examen sous le chloroforme, fait deux jours plus tard, le 17 juin, on trouve que la paroi antérieure du col a presque disparu du côté droit et présente à cette place une dépression en entonnoir. Toutes les tentatives opérées pour ramener le col dans le champ de la vision furent inutiles; ce qui restait de la paroi antérieure et le tissu adjacent étaient soudés à la cavité pelvienne par des adhérences inflammatoires. Une sonde courbée fut alors introduite dans l'urèthre, passée à travers la vessie et le col pour ressortir dans le vagin, établissant ainsi le diagnostic d'une fistule vésico-cervicale. De plus, il fut décidé à ce moment, étant donné l'impossibilité d'opérer par le vagin, en raison des adhérences anciennes et étendues, de pratiquer une « section » qui fut faite cinq jours plus tard.

Opération. — Le 22 juin la patiente fut éthérisée, et après un lavage soigné des parties génitales externes et du vagin, avec une solution de sublimé au 1/4000, elle fut placée dans la position de Trendelenburg. Le professeur Léopold, avec l'assistance du Dr Goldberg, fit une incision parallèle à la symphyse pubienne, longue de dix centimètres et une deuxième incision de longueur égale faisant avec la première un angle droit et le long de la ligne blanche. Les muscles droits furent écartés du bord supérieur du pubis, dans le but de mettre en vue la paroi antérieure de la vessie. Guidé par un cathéter passé dans la vessie, cet organe fut ouvert supérieurement sur sa paroi antérieure, dans une longueur de 4 centimètres; cette incision fut agrandie au cours de l'opération.

Les lèvres de l'incision vésicale furent attachées à la paroi abdominale au moyen de deux sutures de soie provisoires. On put voir alors l'intérieur de la vessie; un petit calcul léger, mesurant dans ses trois dimensions, 2 centimètres, 1 centimètre, 2 millimètres 1/2 fut enlevé. En continuant l'examen, on trouva que la fistule était haut placée sur le côté droit de la vessie, à l'opposé de la branche descendante du pubis du même côté, et qu'elle communiquait en ce point non seulement avec l'utérus, faisant ainsi une fistule vésico-cervicale, mais aussi avec le cartilage de la symphyse pubienne, par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux irrégulier livrant passage à du pus.

L'urèthre fut trouvé normal et son orifice assez large pour admettre le doigt. Une tentative faite pour aviver les bords de la fistule échoua, car les tissus étaient devenus trop denses et adhéraient au pelvis; par suite, il y avait peu de chances d'obtenir par la suture l'occlusion de cet orifice vieux et induré et un échec eût nécessité d'ailleurs la réouverture de l'abdomen pour une deuxième opération. Comme l'urèthre et les uretères se trouvaient au-dessous de la fistule, la méthode suivante fut employée. La fistule fut exclue de la vessie par la construction d'une nouvelle paroi formée au-dessous d'elle; la vessie fut séparée de la symphyse par la dissection « and two flaps were made, » the one from the original bladder incision, the other from the » bladder wal starting beneath the fistula ».

La vessie fut alors arrosée avec une solution faible (1 0/0) d'acide borosalicylique et les bords des deux lambeaux furent réunis par le moyen de 36 sutures faites avec de la soie fine. Quelques-unes d'entre-elles traversaient entièrement la paroi tandis que les autres respectaient la muqueuse. Il restait alors une vessie nouvellement construite de dimensions restreintes. La fistule était à l'extérieur de cette vessie, dans une poche située au-dessus du septum nouvellement fait. La vessie fut séparée du col sur le côté droit, afin de fermer l'ouverture existant en cet endroit, à l'aide de plusieurs sutures au catgut; de la gaze iodoformée avait été poussée au préalable à travers l'orifice fistuleux dans le canal cervical pour assurer le drainage par le vagin.

Le trajet fistuleux conduisant à la symphyse pubienne fut sondé et on trouva que le cartilage articulaire était dans sa plus grande partie détruit et que les os en contact étaient cariés. L'article et le trajet fistuleux furent grattés soigneusement avec la curette de Wolkmann et ce qui restait sur le bord supérieur du cartilage pubien, après ce curetage fut enlevé. Après toilette de ces parties, les symphyses furent rapprochées et réunies par des sutures à la soie et au fil d'argent. La poche laissée à l'extérieur de la nouvelle vessie fut alors fermée au moyen de profondes sutures au catgut et de gaze iodoformée. On plaça dans la profondeur de la poche un drain en gomme élastique s'étendant jusqu'à l'incision abdominale. Un second drain en gomme élastique fut

placé dans l'ouverture des symphyses et les deux drains furent suturés à la paroi abdominale. La plaie abdominale fut fermée et on ne laissa qu'une petite ouverture dans le voisinage de la symphyse, petite ouverture dans laquelle on entassa de la gaze iodoformée. La toilette usuelle fut faite et l'on plaça enfin dans la vessie un cathéter qui fut fixé par un point de suture à l'une des lèvres vaginales.

Le traitement consécutif fut le traitement aseptique usuel. Pendant deux jours seulement la température fut élevée : le soir de l'opération (38,2) huit jours plus tard à la suite d'un dérangement d'entrailles (39°).

A part cela, la convalescence fut entièrement normale. Pour calmer la douleur on employa de petites doses de morphine et en raison d'un trouble des urines on pratiqua des lavages quotidiens de la vessie à l'eau distillée.

Après trois semaines, les fils d'argent furent enlevés. Au bout de quatre semaines, la malade quitta le lit et le cathéter fut placé dans la vessie la nuit seulement.

A cause de la carie symphysienne, la malade fut gardée à l'hôpital beaucoup plus longtemps ; elle le quitta le 6 septembre, deux mois et demi après l'opération. A cette époque, elle était capable de retenir les urines 2 ou 3 heures durant et sa vessie pouvait supporter 50 à 100 centimètres cubes d'urine. Pour ce qui est de la carie et de ses effets sur les dimensions du pelvis, on n'avait sous la main aucun moyen de déterminer jusqu'à quel point les dimensions du bassin avaient diminué, car la malade n'avait pas passé sa vie antérieure à la clinique.

Toutefois les mesures prises lorsqu'elle quitta l'hôpital sont : spinæ, 27 cent. 1/2 ; cristæ, 28 cent. ; trochanters, 33 cent. ; external conjugate, 16 cent. 1/2 et diagonal conjugate, 9 cent. 1/2.

En ce qui concerne les résultats de son travail prolongé, quoique naturel (carie et pus l'accompagnant et fistule vésico-cervicale), il n'est pas difficile d'en découvrir la cause : elle réside dans la pression prolongée de la partie se présentant, dans ce cas (4 jours), pression produisant, comme Schrœder l'a si bien établi, une ulcération et une mortification de la partie comprimée. Ce cas aussi confirme l'opinion de Spiegelberg que les fistules hautes sont généralement dues à une délivrance spontanée.

OBSERVATION VIII

BARDENHAUER.

Fistule vésico-vaginale et utérine très étendue. Guérison.

OBSERVATION IX

BARDENHAUER.

Fistule vésico-vaginale. Guérison.

OBSERVATION X

POUSSON.

Antécédents. — H..., âgée de 6 ans, est une petite fille d'une chétive apparence. Il y a deux ans, mon excellent ami le professeur Piéchaud l'a opérée d'un calcul vésical qui, après avoir ulcéré la cloison vésico-vaginale, faisait saillie dans le vagin. Depuis cette époque, la malade perd constamment ses urines. A deux reprises différentes on a essayé d'oblitérer la fistule par le vagin, mais ces tentatives ont échoué.

Lorsque je vois pour la première fois la petite H..., dans le service de la clinique chirurgicale des enfants en septembre 1892, je la trouve pâle, amaigrie, peu développée pour son âge. Elle passe toutes ses journées assise sur une chaise au lieu de jouer avec ses petites camarades, aussi est-elle profondément triste et la faiblesse de son intelligence tient peut-être en partie à l'isolement auquel elle est condamnée.

Examen des parties. — En l'examinant, je constate la présence d'un gonflement œdémateux considérable des grandes lèvres qui forment deux bourrelets saillants fermant la vulve. Les téguments qui recouvrent ces grandes lèvres sont sains, du moins dans la portion que l'on voit sans les écarter, mais au niveau de la commissure inférieure, l'écoulement incessant de l'urine a déterminé des ulcérations se pro-

longeant sur le périnée qu'elles ravinent profondément; de la fourchette à l'anus s'étend un sillon ulcéré, profond à bords taillés à pic et recouvert d'un enduit muqueux imprégné de sels calcaires. L'écartement des grandes lèvres montre leur face interne et toute la vulve tapissée d'une couche muco-purulente grisâtre, infiltrée de sels phosphatiques.

Introduisant le bout du doigt dans le vagin, je reconnais l'existence d'un orifice mettant en communication ce conduit et la vessie. Cet orifice admet l'extrémité du petit doigt qui pénètre dans le réservoir urinaire et est senti facilement à travers l'hypogastre déprimé. En arrière de l'angle postérieur de la fistule, il existe un éperon d'un centimètre de longueur environ, séparant cet angle postérieur du fond du vagin; le conduit, malgré la dilatation antérieure exigée par les deux tentatives opératoires, n'a guère un diamètre supérieur à 2 centimètres 1/2; je ne puis donc voir que très imparfaitement la fistule, mais en examinant le vestibule, je constate *de visu* que la paroi inférieure de l'urèthre a été détruite et qu'une fistule uréthro-vaginale fait suite à la fistule vésico-vaginale. Les deux tentatives d'oblitération par le vagin faites par le professeur Piéchaud ayant échoué, je ne songe pas à les renouveler et je prends le parti d'opérer la petite malade en me créant une voie d'accès à la fistule par l'ouverture sus-pubienne de la vessie.

Opération. — Le 27 septembre 1892, la jeune H... est chloroformée. Le vagin, la vulve et l'hypogastre sont lavés et désinfectés à la solution de sublimé. Le vagin est distendu au moyen d'une boule de ouate entourée de gaze iodoformée, de manière à former un plan résistant permettant de mieux reconnaître les parties après l'incision de la paroi abdominale.

Cela fait, j'incise la paroi au-dessus du pubis sur la ligne médiane dans une étendue de 5 centimètres environ. La ligne blanche traversée, je reconnais la graisse jaune sous péritonéale, qui est en faible quantité. Le tampon d'ouate mis préalablement dans le vagin n'offrant pas assez de résistance pour que je puisse relever le cul-de-sac péritonéal en grattant avec l'ongle la face externe de la vessie, j'introduis le doigt de la main gauche par le vagin dans le réservoir urinaire à la faveur de

la fistule et sur ce doigt, soulevant la paroi antérieure, je relève le cul-de-sac du péritoine. Ce relèvement se fait bien, mais, malgré le soin que j'ai de mettre ma malade dans la position de Trendelenburg, la séreuse poussée par les anses intestinales tend à faire saillie dans le champ opératoire, aussi un aide sera-t-il obligé de la retenir à l'aide d'un rétracteur durant tout le cours de l'opération.

La paroi de la vessie bien mise à nu, je l'incise en me guidant sur mon doigt qui n'a pas abandonné sa cavité. Je donne à cette incision environ 4 centimètres de longueur et je passe de suite un fil de soie dans chacune de ses lèvres pour les soulever et les écarter.

Pendant que deux aides maintiennent ces fils suspenseurs, j'avive les deux lèvres de la fistule, je me sers pour cela d'un bistouri boutonné, au tranchant duquel mon doigt introduit dans le vagin présente successivement chacune de ces lèvres. L'avivement achevé, je dispose le fil de catgut dont j'ai résolu de me servir de la manière suivante : une aiguille à chas, presque droite, d'une dimension convenable et armée d'un catgut n° 0, est passée dans la lèvre gauche de la fistule à une bonne distance de son bord libre, puis son extrémité saillante dans le vagin est saisie avec une pince et entraînée hors de la vulve. Le fil de catgut ayant suivi, il en résulte qu'un de ses chefs sort par l'ouverture de la vessie et l'autre par la vulve. Pour ramener ce dernier chef de la vulve à l'ouverture de la vessie, après avoir traversé la lèvre droite de la fistule et lui faire décrire une anse vaginale, je procède comme suit. L'aiguille qui m'a servi tout à l'heure, armée cette fois-ci d'un fil de soie fin, est passée par l'ouverture hypogastrique à travers la lèvre droite de la fistule et entraînée hors de la vulve comme l'a été précédemment le fil de catgut traversant la lèvre gauche. Le chef du fil de soie débarrassé de son aiguille est mené au chef correspondant du fil de catgut et finalement ce fil, ramené par des tractions par l'ouverture vésicale, passe par la lèvre droite de la fistule et forme une anse vaginale embrassant la fistule dans sa concavité. Deux autres fils de catgut sont passés par le même artifice en avant du premier et pour affronter les lèvres de la solution de continuité il ne reste plus qu'à nouer les chefs respectifs de chacun des fils dans l'intérieur de la vessie, ce que je fais sans grande difficulté.

La fistule vésico-vaginale étant de la sorte oblitérée, je procède à la reconstitution de la paroi inférieure de l'urèthre. Je commence d'abord par refaire le méat, ce qui est très facile grâce à l'existence de chaque côté d'une petite languette de tissu, dont je n'ai qu'à aviver et à suturer les bords à l'aide de deux crins de Florence très souples. La réfection du corps du canal est plus difficile; j'y parviens cependant en avivant longitudinalement la paroi du vagin de chaque côté de la gouttière uréthrale et en les affrontant au moyen de fils de soie plats passés avec des aiguilles très courbes. Une sonde de caoutchouc préalablement passée dans la vessie a servi de moule à ce canal et elle assurera la sortie des urines jusqu'à la réunion des parties. Pour assurer mieux encore cet écoulement, je place dans l'orifice hypogastrique de la vessie un tube de Guyon-Perier de faible calibre. Je suture au-dessus et au-dessous de ce tube la vessie d'abord, puis les muscles droits au catgut et enfin les téguments au crin de Florence. Saupoudrage de la plaie à l'iodoforme, bourrage du vagin à la gaze iodoformée, enveloppement ouaté.

Suites et résultats. — Les suites furent des plus simples. La malade, malgré sa faible constitution, supporta très bien le choc opératoire ; la température monta de quelques dixièmes de degré les trois premiers jours sans dépasser 38°, puis tout rentra dans l'ordre.

La sonde placée dans l'urèthre et le tube sortant par l'hypogastre fonctionnèrent régulièrement; au neuvième jour, je les enlevai tous les deux.

Pendant quelques jours, l'urine s'écoula à la fois par l'hypogastre et l'urèthre. Ce dernier me paraissait cependant parfaitement reconstitué au point de vue anatomique, lorsque vers le quinzième jour les lèvres de la plaie uréthrale se désunirent. Quant à la fistule vésico-vaginale proprement dite, ses bords se maintinrent réunis. Je pus en effet m'assurer, en portant le doigt dans le vagin, que l'éperon séparant ce conduit de la vessie, qui avant l'opération mesurait un centimètre de longueur, avait approximativement plus de 4 centimètres et qu'il était impossible à l'extrémité de mon petit doigt de pénétrer dans la vessie. Au lieu de s'écouler par une large brèche dans le vagin, l'urine s'échap-

pait par un orifice admettant une sonde n° 20, orifice représentant en quelque sorte le col de la vessie dépourvu d'urèthre.

Je me proposai de tenter à nouveau la reconstitution du canal, mais je n'ai pas eu occasion de revoir la petite malade.

Pour nous résumer, il résulte de nos recherches bibliographiques portant sur dix observations de fistules vésico-génitales traitées par la cystotomie préliminaire que dans sept cas le succès fut complet (Trendelenburg, obs. III, Mac Gill, obs. IV et V, Rosenthal, obs. VII, Bardenhauer, obs. VIII et IX, Pousson, obs. X). Dans un autre cas (Baumm, obs. VI), le succès fut partiel, puisqu'il persista, outre la fistule hypogastrique, trois petits orifices fistuleux à la place occupée par l'ancienne fistule vésico-vaginale, orifices qui se fermèrent à la longue à la suite de cautérisations répétées au nitrate d'argent.

Il faut avouer, pour conclure, que de pareils résultats sont bien faits pour encourager les chirurgiens à tenter la cystotomie préliminaire dans les cas de fistules vésico-génitales inaccessibles par le vagin.

CHAPITRE III

DISCUSSION DES RÈGLES DÉJA PROPOSÉES POUR LA CYSTOTOMIE PRÉLIMINAIRE. — DE NOTRE MANUEL OPÉRATOIRE. — INDICATIONS DE L'OPÉRATION DE TRENDELENBURG.

Le moment est venu de fixer nos idées en ce qui concerne le manuel opératoire de la cystotomie sus-pubienne appliquée au traitement de certaines fistules vésicales. Pour éviter de nous perdre dans une foule de détails inutiles et aussi pour éviter les redites, nous allons tout de suite diviser l'opération en plusieurs temps que nous étudierons successivement; à propos de chaque temps opératoire, nous exposerons et discuterons aussi brièvement que possible les règles déjà proposées, les conseils donnés par les chirurgiens qui se sont occupés de la question. Cela fait, nous appuyant sur nos études personnelles et sur des expériences cadavériques, nous essaierons de tracer à nouveau et dans ses grandes lignes le manuel opératoire de la cystotomie appliquée aux cas que nous avons envisagés dans ce travail.

Si l'on ne tient pas compte des soins préliminaires, des détails relatifs à l'éclairage du champ opératoire, à la position à donner à la malade, etc., tous points sur lesquels on est généralement d'accord, on peut comprendre et décrire cinq temps opératoires dans l'intervention chirurgicale préconisée par Trendelenburg.

Le premier temps, que plusieurs auteurs veulent dédoubler pour décrire séparément l'incision de la peau et l'incision de

la ligne blanche, comprendra pour nous l'incision des parties molles jusqu'à la vessie.

Le deuxième temps sera consacré à la recherche de la paroi antérieure de la vessie, au refoulement du cul-de-sac péritonéal.

L'ouverture de la vessie et l'exploration de sa cavité feront l'objet d'un troisième temps.

Dans le quatrième, nous étudierons l'avivement des bords de la fistule et leur suture.

Enfin la conduite à tenir vis-à-vis de la plaie vésico-abdominale nous préoccupera lors de la description du cinquième temps.

1^er^ temps opératoire. — Trendelenburg employait une incision transversale longue de dix centimètres environ, faite au-dessus de la symphyse parallèlement aux branches horizontales du pubis. Dans ses deux opérations, Mac Gill suit l'exemple du chirurgien de Bonn, mais il a soin d'ajouter qu'à l'avenir il aura recours à une incision longitudinale. Comme son maître Trendelenburg, Baumm fait une incision transversale. Léopold à son tour modifie ou plutôt complique l'incision en traçant le long de la ligne blanche une deuxième incision de longueur égale, faisant avec la première un angle droit; en d'autres termes, il donne à la plaie des parties molles la forme d'un T renversé. M. le professeur agrégé Pousson a fait une incision longitudinale sur la ligne médiane au-dessus de la symphyse pubienne.

A n'en pas douter, c'est à cette dernière incision, à l'incision de la laparotomie, qu'il faut donner la préférence. Il est bien vrai qu'une incision transversale, comme l'affirme Mac Gill, donne plus de jour dans la vessie. Nos recherches expérimentales nous ont montré aussi qu'avec une pareille incision, les manœuvres intra-vésicales étaient plus faciles et plus commodes. Mais par contre l'incision transversale, outre qu'elle facilite

plus tard la production de hernies ou d'éventrations, a le grand tort de sectionner les muscles droits et, pour cette raison, de retarder la réunion de la plaie dont les lèvres, surtout la supérieure, d'abord tiraillées en sens inverse, se rétractent chacune de leur côté et compromettent plus ou moins par la suite les fonctions inhérentes à la continuité musculaire. On a bien proposé et exécuté la désinsertion des muscles droits au lieu et place de leur incision en plein faisceau, mais ce procédé, assez délicat dans son application, oblige l'opérateur à faire l'ablation d'une rondelle ostéo-périostique dont la mise en place et surtout la contention ultérieure seront des plus difficiles; il en résultera naturellement les mêmes conséquences physiologiques que dans le cas précédent. La pratique de Mac Gill lui a permis de constater souvent que la plaie longitudinale des parties molles hypogastriques était beaucoup plus prompte à guérir que la plaie transversale, ce qui s'explique aisément par les considérations déjà faites. D'un autre côté il est facile de concevoir les avantages que pourra donner l'incision longitudinale par le seul fait qu'elle laisse les droits intacts ou pour le moins très partiellement divisés : lorsqu'on voudra drainer la vessie par la plaie hypogastrique, les muscles droits seront capables de former une sorte de sphincter autour du tube de drainage, prévenant ainsi l'écoulement en nappe de l'urine entre la plaie et le drain. Si ne drainant pas la vessie on veut pratiquer la suture immédiate et totale de la plaie vésico-abdominale, la juxtaposition, l'affrontement des lèvres de la plaie seront plus faciles, les efforts de vomissement provoqués par le chloroforme auront une influence moins fâcheuse sur l'état des sutures et la malade revenue dans sont lit, il deviendra moins indispensable de l'attacher pour prévenir tout mouvement du tronc. Pour ce qui est de la division des parties molles, une fois la direction de l'incision choisie, nous n'insisterons pas, les règles étant les mêmes que pour toute laparotomie.

2me temps opératoire. — Depuis longtemps on a pratiqué l'injection d'un liquide dans la vessie pour rendre plus accessible la paroi antérieure du réservoir urinaire et remonter le cul-de-sac péritonéal. Mais si l'on songe à la perte de substance qui met en communication les deux cavités adjacentes, on comprendra que dans certains cas l'orifice fistuleux sera de trop grandes dimensions ou trop béant par induration de ses bords enflammés pour que le liquide injecté puisse déterminer assez longtemps une distention favorable à l'opérateur. Pour remédier à cet inconvénient, voici le dispositif que nous avons adopté dans nos expériences, dispositif qui présente encore l'avantage de relever le bas-fond de la vessie et de mieux l'exposer à la vue et au bistouri du chirurgien. Si l'on se reporte aux quelques notions anatomiques que nous avons données dans notre introduction, on verra par quel mécanisme le bas-fond de la vessie restant fixe sur le plancher pelvien, son sommet se porte progressivement en haut et en arrière en entraînant dans son mouvement l'ouraque et le péritoine accolés, toutes les fois qu'on injecte un liquide dans la cavité vésicale jusqu'à distension de l'organe. Partant de ce principe expérimental, nous introduisons profondément dans le vagin un ballon de Petersen dont le sommet souple va s'appliquer sur l'orifice externe du col utérin et forme tampon, aussi bien que toute la périphérie du sac lorsque celui-ci aura été distendu par l'injection lente et progressive d'une solution boriquée. Ce ballon ainsi gonflé aura pour but d'obstruer à la fois l'orifice vaginal s'il y a fistule vésico-vaginale, l'orifice externe du col s'il y a fistule vésico-cervicale ou vésico-utérine et par conséquent de permettre la distension du réservoir urinaire malgré la présence de la fistule. En second lieu le ballon de Petersen distendu aura pour effet de soulever le bas-fond de la vessie et par suite d'accentuer le mouvement d'ascension du sommet du globe

vésical, qui ne peut avoir lieu sans que le péritoine subisse un mouvement parallèle ayant pour résultat de rendre plus accessible la paroi antérieure de la vessie. Cette dernière se découvre d'autant plus que la distance devient plus grande entre le fond du cul-de-sac péritonéal antérieur et la symphyse pubienne; d'où chances moindres de blesser le péritoine et refoulement plus facile du cul-de-sac antérieur.

Si pour quelque motif que ce soit et malgré le dispositif adopté, la vessie est profondément située, si sa paroi antérieure ne paraît pas en contact immédiat avec la paroi abdominale, si surtout les muscles voisins forment une fenêtre étroite à travers laquelle on a quelque difficulté à manœuvrer, on aura recours à la pratique de Poncet incisant partiellement avec un bistouri boutonné chaque droit antérieur au niveau de son insertion. Il conviendra cependant de ménager l'étendue de ces incisions libératrices de crainte de compromettre dans la suite, soit le rôle de sphincter que devront exercer les muscles autour du drain, soit la bonne tenue des sutures hypogastriques et plus tard l'intégrité des fonctions musculaires. Ce débridement une fois opéré, l'index ira sonder la plaie rétrosymphysienne et se recourbant en forme de crochet sur la face antérieure de la vessie, il la râclera prudemment de bas en haut avec la pulpe et l'ongle de façon à entraîner le péritoine dans ses mouvements d'ascension et à le mettre ainsi à l'abri du bistouri prêt à inciser la vessie.

3° *temps opératoire.* — La forme et la direction de l'incision des parties molles commandent celles de l'incision vésicale. Toutefois nous ferons remarquer qu'une incision longitudinale de la vessie est plus favorable à la réunion de la plaie qu'une incision transversale. Ce que nous avons déjà dit sur la direction longitudinale de la musculature externe de la vessie nous permet de concevoir l'explication de ce fait.

L'incision vésicale doit être faite prudemment et avec la plus grande circonspection. En aucun temps de l'opération on ne doit perdre de vue la possibilité de léser le péritoine; s'il est besoin à quelque moment d'agrandir la plaie pour rendre plus faciles les manœuvres intravésicales, il sera toujours sage de prolonger l'incision du côté de la symphyse pubienne.

Comment va-t-on maintenir largement béante la plaie vésicale, que faire pour se donner le plus de jour possible dans la cavité de l'organe? On emploiera suivant les cas toute la série des écarteurs dont dispose l'arsenal gynécologique ou plus simplement de longs fils de soie passés à travers les deux lèvres de la plaie et tendus prudemment par des aides intelligents de manière à écarter plus ou moins telle ou telle lèvre ou les deux lèvres de l'incision, au gré de l'opérateur. A ce moment il importe de savoir explorer méthodiquement l'intérieur du réservoir urinaire pour se rendre un compte exact de son état. Dans ce but on inspectera rapidement les parois antéro-postérieure et latérales de la vessie, pour s'arrêter plus longuement à l'examen du bas-fond et du trigone vésical, région très importante au point de vue des lésions qui nous occupent et dont il sera très utile de fouiller toutes les parties en s'aidant au besoin, soit d'une petite lampe électrique (Mac Gill), soit d'un doigt ou d'une spatule, introduits dans le vagin et destinés à soulever la partie suspecte pour mieux l'exposer aux regards de l'observateur. L'exploration vésicale est faite, le chirurgien a sous les yeux la fistule qu'il faut oblitérer. Comment va-t-il agir?

4me temps opératoire. — Pour faire l'avivement des bords fistuleux, nous devons nous en tenir aux enseignements précieux que nous fournit tous les jours la pratique de l'excellente méthode américaine.

Partant de ce principe essentiel qu'il faut unir des surfaces et non des bords, nous agirons en conséquence. Lorsque la fis-

tule siègera dans le voisinage d'un uretère, nous saurons redoubler d'attention et faire l'avivement de ses bords avec la plus sage prudence, après avoir placé par exemple un cathéter dans l'orifice de ces conduits, de manière à les éviter plus sûrement lors de notre incision réparatrice.

Si la discussion théorique de cette première partie du quatrième temps opératoire ne soulève pas de nombreuses objections de détail, il n'en est plus de même de l'autre partie, qui a trait à la suture. Sur ce terrain, il y a parmi les auteurs une grande divergence d'opinions. Et d'abord quelle substance employer pour faire la suture?

Doit-on faire un seul plan ou deux plans de sutures et dans ce dernier cas faut-il au préalable dédoubler la cloison vésico-cervico-vaginale au niveau des bords avivés de la fistule, ou s'abstenir d'une pareille conduite opératoire? Enfin comment faut-il pratiquer cette suture? Autant de points sur lesquels nous devons donner quelques explications.

Trendelenburg conseille l'emploi du catgut pour les sutures intravésicales. Mac Gill se servit du catgut simple ou chromé. Baumm utilisa la soie en tant que substance non résorbable, mais il constata que l'urine avait imprégné les fils de soie et filtré le long des sutures en les relâchant. D'après lui, le catgut aurait le même inconvénient et, somme toute, il déclare donner la préférence au fil d'argent. D'après l'observation de Rosenthal, le professeur Léopold employa 36 sutures à la soie fine dont quelques-unes traversaient entièrement la paroi vésicale tandis que les autres respectaient la muqueuse. Il est indispensable de faire remarquer que les nœuds de sutures de Baumm aussi bien que de Léopold étaient extravésicaux.

Notre maître, le professeur agrégé Pousson, a donné la préférence au catgut.

En résumé, Trendelenburg, Baumm, Léopold, firent leurs

sutures par une voie extravésicale et se servirent du crin de Florence ou de la soie; Mac Gill et Pousson, opérant tout ou partie de leurs sutures par la voie vésicale, préférèrent le catgut. Comme, dans un grand nombre de cas, cette dernière voie sera seule praticable, c'est en nous plaçant surtout à ce point de vue que nous envisagerons la question. Quelle que soit la substance employée pour suturer les bords avivés de la fistule, plusieurs auteurs se demandent, avec raison, si la présence des fils et surtout de leurs nœuds dans la vessie ne peut amener la formation de dépôts calculeux à leur surface. L'observation de Trendelenburg semble du reste vouloir justifier ces appréhensions. Quelle que soit l'action exercée par les fils et nœuds des sutures, concurremment peut-être avec un certain degré de cystite presque inévitable, sur la formation des calculs vésicaux, il semble que le catgut soit, dans l'espèce, la substance de choix, pourvu du moins qu'on lui donne un diamètre suffisant. Tandis que la soie n'est pas résorbable et menace de séjourner fort longtemps dans la vessie à moins qu'une circonstance heureuse ne lui permette de s'éliminer avec les urines par le canal de l'urèthre, le catgut, s'il est assez gros, résiste assez longtemps pour donner à la plaie le temps de se réunir et présente encore l'avantage d'être progressivement absorbé, ne formant plus indéfiniment dans la vessie, comme le fait la soie, une amorce à la production des calculs.

En second lieu, le catgut forme moins éponge que la soie et se laisse moins imprégner par l'urine; le résultat en est une tension plus grande dans les sutures et une moindre tendance des lèvres de la plaie à bâiller. Avec le fil d'argent, ce dernier inconvénient pourrait être supprimé mais par contre les reproches faits plus haut à la soie en tant que substance non résorbable pourraient *à fortiori* lui être appliqués. Le fil d'argent fin aurait son application indiquée au cas où la voie vagi-

nale se trouvant praticable, on voudrait faire quelques rares points de suture profonds embrassant dans leur anse toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale jusqu'à ou y compris la muqueuse vésicale, parce qu'alors, dans ce dernier cas, il resterait facile, une fois la réunion de la plaie obtenue, d'enlever ces fils par la même voie. Pour nous résumer, nous dirons en matière de conclusion que pour toutes les raisons exprimées plus haut nous donnons la préférence au catgut, au catgut d'un diamètre choisi, comme substance à employer pour faire les sutures intra-vésicales.

Il importe de savoir à présent s'il est nécessaire de dédoubler la cloison vésico-vaginale pour établir un double plan de sutures, l'un profond, vaginal, l'autre superficiel, vésical. Si l'on songe à la difficulté de ce dédoublement résultant à la fois de l'adhérence normale en ce point de la muqueuse vésicale, adhérence accentuée par le travail inflammatoire et de la profondeur du champ opératoire rendant très laborieux et très délicat le décollement projeté, on conviendra que dans la plupart des cas il sera prudent d'y renoncer. Au reste est-il certain que ce dédoublement de la cloison suivi d'une suture à deux étages donnerait plus de solidité au septum réparateur de la fistule?

Si le désavantage que nous avons signalé tout à l'heure existe, si l'urine filtre le long des sutures et tend à les relâcher, ne doit-on pas admettre que les inconvénients qui en résultent seraient augmentés par le dédoublement que certains auteurs proposent? Est-ce qu'alors, après avoir imprégné la rangée supérieure ou vésicale des sutures, l'urine n'aura pas tendance à s'accumuler au-dessous et à distendre l'espace artificiel créé par l'opérateur entre les deux plans de sutures? S'il en est ainsi, la cloison vésico-vaginale et plus spécialement le septum de nouvelle formation, perdra de son élasticité, deviendra flaccide

et se relâchera de plus en plus du seul fait de la présence de cette petite nappe d'urine jusqu'à ce que l'étage inférieur des sutures, imbibé à son tour, se laisse pénétrer par l'urine et que la communication vésico-vaginale soit de nouveau rétablie sous forme de fistule en pomme d'arrosoir, les orifices fistuleux étant plus petits mais presque aussi nombreux que les points de suture. En somme, il nous semble préférable d'avoir recours à l'emploi de deux rangées de sutures superficielles et profondes, mais sans faire précéder leur mise en place d'un dédoublement local de la cloison vésico-vaginale qui serait plus que laborieux dans la plupart des cas. Devra-t-on pratiquer le double plan de sutures, suivant la méthode de Mac-Gill? Nous ne le pensons pas, car outre que le manuel opératoire est compliqué par l'obligation de mettre la malade d'abord dans la position de Trendelenburg, ensuite dans la position de la taille pour la replacer plus tard dans la position première, dans certains cas, lorsque la voie vaginale sera impraticable, cette méthode ne saurait être appliquée. Du reste, nos expériences personnelles nous ont suffisamment édifié sur le point de savoir si les sutures étaient faciles par la voie vésicale. Evidemment nous aurions mauvaise grâce à répondre par l'affirmative, mais bien que le champ opératoire soit profond, si l'on a soin, par un procédé quelconque, de mettre bien en saillie le bas-fond de la vessie, la mise en place des sutures devient plus aisée en employant une aiguille suffisamment courbe, une aiguille se rapprochant par exemple du type de celle de Trélat.

Les auteurs se sont ingéniés à rendre plus facile l'oblitération de la fistule par les sutures. C'est ainsi que Baumm, tout en utilisant la voie vaginale, comme son maître Trendelenburg, emploie, pour la mise en place des fils à suture, le dispositif suivant : chaque fil, muni à ses deux extrémités d'une

aiguille, est passé à travers les deux lèvres de la fistule, de la vessie dans le vagin où la main gauche du chirurgien saisit les deux aiguilles; ce premier temps de la suture achevé, le fil forme une sorte d'U renversé dont les deux branches terminées par les aiguilles pendent dans le vagin, tandis que l'anse intermédiaire vésicale unit deux points symétriques des bords avivés de la fistule. Il ne reste plus, pour achever la suture, qu'à prendre les deux bouts du fil et à faire le nœud dans le vagin, en ayant soin de bien affronter les lèvres de la plaie vésicale avant de nouer définitivement le fil à suture. Pour voir si l'affrontement était convenable, Baumm employait le miroir de Simon.

L'observation détaillée de M. Pousson nous a montré comment ce chirurgien pratiquait la suture intra-vésicale. Un fil de catgut armé d'une aiguille presque droite est passé à travers l'une des lèvres de la fistule, de la vessie vers le vagin; pour ramener le bout inférieur ou vaginal de ce fil de catgut dans la vessie, après avoir décrit une anse vaginale et traversé l'autre lèvre de la fistule, un deuxième *fil de soie*, fin, monté comme l'était tout à l'heure le catgut, est passé de la même façon et suivant la même direction que ce dernier à travers l'autre lèvre de la plaie vésicale pour ressortir dans le vagin. Les deux extrémités inférieures ou vaginales des fils de soie et de catgut, débarrassées alors de leurs aiguilles, sont réunies par un nœud plat et l'opérateur, tirant sur le chef supérieur de la soie, ramène bientôt le catgut qui lui est attaché. A partir de ce moment, le catgut est en place; ses deux extrémités sont dans la vessie et l'anse intermédiaire vaginale, au lieu d'être vésicale comme dans la suture de Baumm, embrasse les deux lèvres de la fistule et les met en contact intime lorsque le nœud intra-vésical est serré. Il est certain que cette manœuvre très ingénieuse, quoique un peu compliquée, rend plus facile la suture intra-vésicale; elle a été, du reste, inven-

tée et mise en usage pour un cas particulier où toute autre méthode eût probablement échoué, alors qu'il s'agissait d'une vessie de petites dimensions dans laquelle le chirurgien ne pouvait opérer qu'à l'étroit. Cependant, il nous semble que cette pratique, passible de quelques reproches, ne doit pas être généralisée. D'abord un peu compliquée, elle expose ensuite, à moins de grandes précautions, le col utérin et la paroi postérieure du vagin à être blessés par les aiguilles. L'observation de Baumm ne justifie-t-elle pas cette dernière critique? Mais l'inconvénient le plus grave qui nous paraît résulter de l'emploi de ce genre de suture est la petite dilacération que doit forcément produire sur les tissus traversés par le fil à suture le nœud chargé de réunir le catgut à la soie. Au reste, c'est pour atténuer l'effet produit que M. Pousson fait un nœud plat aussi fin que possible. Il n'en reste pas moins vrai qu'en un point de sa continuité le fil à suture change brusquement de calibre. Dès lors, il est facile de comprendre qu'à un moment donné il viendra butter sur les tissus qui lui feront obstacle et, malgré l'élasticité de l'orifice à traverser, il ne pourra le franchir sans un effort un peu brusque du chirurgien, en tout semblable à celui qu'il serait obligé d'exercer pour dégager par exemple une aiguille de Reverdin accrochant les tissus. Pour toutes ces raisons, nous avons institué des expériences destinées à nous montrer s'il serait possible de pratiquer des sutures intra-vésicales directes, sans qu'il fût besoin d'avoir recours à la voie vaginale. Mais de ce que nos expériences cadavériques nous ont donné satisfaction sur ce point, devons-nous conclure que sur le vivant ce procédé de suture directe soit toujours applicable? Il nous serait actuellement difficile de répondre à cette question, mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que sur le cadavre l'application des fils à suture destinés à faire l'oblitération de la

fistule est possible, sinon très aisée, pourvu, nous le répétons, qu'on ait la précaution de bien mettre en relief le bas-fond de la vessie et d'employer des aiguilles à grande courbure.

5me temps opératoire. — La fistule est réparée, l'opération touche à sa fin. Quelle doit être à présent la conduite du chirurgien à l'égard de cette plaie sus-pubienne qui vient de lui donner accès dans la cavité vésicale? Quelle que soit la manière de procéder, il est une indication formelle à remplir si l'on veut que le succès de l'intervention ne soit inévitablement compromis. Il faut que l'urine puisse s'écouler librement au dehors au fur et à mesure que les uretères l'amènent dans le réservoir urinaire; s'il en était autrement, il y aurait bientôt distension de l'organe, relâchement, arrachement des sutures, infiltration d'urine dans les tissus du bassin pour ne parler que des conséquences les plus graves au point de vue opératoire. Il faut donc et de toute nécessité recourir au drainage vésical. Doit-on pratiquer le drainage vésical hypogastrique ou faut-il avoir recours à la sonde à demeure après suture immédiate et totale de la plaie vésicale? Telle est la question qui se pose au début de cette étude et résume en elle seule toute la discussion de ce cinquième temps opératoire. Disons tout de suite que les chirurgiens ont adopté les deux solutions du problème : les uns préconisent en effet la suture immédiate et totale de la plaie vésicale; les autres au contraire, condamnant l'emploi de la sonde à demeure, veulent que l'on profite de la plaie nouvellement faite à la vessie pour pratiquer un drainage indispensable à la réunion de la plaie fistuleuse. En d'autres termes, tout le monde s'accorde sur la nécessité du drainage vésical mais les opinions divergent lorsqu'il faut déterminer la manière de pratiquer ce drainage.

Trendelenburg employa le drainage hypogastrique et dans ce but il ne sutura pas une partie de la plaie vésico-abdomi-

nale pour lui permettre de laisser passer un drain en forme de T. Mac Gill et Baumn, d'après leurs propres observations, suivirent la même ligne de conduite. Quant aux cas plus complexes de Léopold et de notre maître, le professeur agrégé Pousson, ils nécessitèrent un drainage plus compliqué. C'est ainsi que Léopold employa, comme nous l'avons vu, deux drains en gomme élastique et de la gaze iodoformée pour drainer les cavités indépendantes de la vessie réparée, tandis qu'il utilisa la sonde à demeure pour le drainage de cette dernière. M. Pousson adopta à la fois le drainage hypogastrique (tube Périer-Guyon) et la sonde à demeure qui, dans le cas particulier, devait servir de soutènement à la paroi inférieure de l'urèthre reconstitué en même temps qu'elle jouait son rôle dans le drainage du réservoir urinaire.

En somme, il résulte de l'ensemble de nos observations, que le drainage hypogastrique a été préféré par la majorité des chirurgiens qui ont pratiqué la cystotomie sus-pubienne pour la cure de certaines fistules vésicales. Mais avant de conclure à la supériorité de cette méthode, nous devons la mettre en parallèle avec sa concurrente et discuter ses avantages aussi bien que ses inconvénients.

Un des plus graves reproches qu'on ait adressés au drainage vésical hypogastrique, est d'obliger le chirurgien à faire subir à sa malade, quelque temps après la première intervention, une deuxième opération complémentaire destinée à oblitérer la plaie sus-pubienne; en d'autres termes, on a fait et on laisse une deuxième fistule qu'il faudra réparer par la suite en exposant l'opérée à tous les dangers d'une nouvelle intervention sanglante.

Cette considération seule nous explique pourquoi certains auteurs ont préconisé la suture immédiate et totale de la vessie qui, d'après eux, aurait l'avantage d'être plus rapide dans

ses résultats, d'amener en un mot une guérison beaucoup plus prompte parce qu'avec cette dernière méthode on peut espérer la réunion de la plaie par première intention. Dans 19 cas de section haute avec suture de la vessie, Bergmann aurait observé dans un tiers des cas la réunion par première intention et n'aurait eu qu'un seul cas de phlegmon. Czerny préconise la suture immédiate au Congrès des naturalistes tenu à Strasbourg (1885) et Helferich à son tour se fait le défenseur de cette méthode au XVIII[e] congrès de chirurgie. Pour obtenir plus sûrement une réunion par première intention, ce dernier auteur a soin d'aviver encore une fois les bords de la plaie vésicale avant de pratiquer leur suture.

Disons encore que Kehr employa cette méthode de la suture immédiate dans un cas de section haute, chez un homme de 69 ans et obtint un succès complet.

Est-ce à dire que le drainage hypogastrique doive être abandonné? Nous ne le pensons guère, au moins pour la grande majorité des cas. Du reste, nous appuierons notre jugement sur les considérations suivantes. La sonde à demeure, outre qu'elle est mal tolérée, insupportable même pour certaines malades, provoque chez d'autres des uréthrites et des cystites rebelles avec tout le cortège des lésions ascendantes des voies urinaires. De plus, lorsqu'elle est employée seule, elle assure difficilement le drainage vésical, à tel point que certains auteurs, désireux de pallier à ce grave inconvénient, ont proposé de mettre au fond du vagin de leurs opérées un tampon destiné à relever le bas-fond de la vessie, en même temps qu'ils plaçaient leur malade dans la station demi-assise, le siège relevé. Il est aisé de comprendre combien cette position doit être gênante et pénible pour peu qu'elle dure. Avec le drainage hypogastrique, tel qu'on le pratique aujourd'hui, grâce à l'emploi des tubes Périer-Guyon, l'urine s'écoule libre-

ment au dehors de la vessie et ne stagne pas dans la région des sutures. De plus, la surveillance du chirurgien peut s'exercer plus commodément sur le champ opératoire et, par suite, il devient plus facile de prévenir tout accident septique par de larges et fréquents lavages du réservoir urinaire. On nous objectera que la vessie une fois fermée, il n'en sera pas moins facile de pousser des injections par la sonde à demeure et par conséquent, d'atteindre à ce point de vue, les mêmes résultats que par l'autre méthode.

Mais, nous le répétons, tout autrement efficaces et préventifs seront les grands lavages intra-vésicaux poussés par les tubes Périer-Guyon établissant un double courant d'entrée et de sortie pour le liquide injecté. Dans les premiers jours qui suivent l'opération, il s'écoule par cette grande plaie de la taille une sécrétion sanglante qui se mêle à l'urine, la rend alcaline et nécessite de la part du chirurgien, au cas où par son abondance elle deviendrait hémorrhagie, une surveillance et une liberté d'action que la suture immédiate et totale serait incapable de donner.

Si malgré tous les soins apportés à l'avivement et à la suture des bords de la fistule, l'urine venait à s'écouler de nouveau par le vagin, indice d'une communication anormale rétablie, une deuxième opération rendue nécessaire serait à moitié faite et dans tous les cas pratiquée dans de meilleures conditions de succès. Un dernier avantage du drainage hypogastrique qui découle de ce que nous avons dit plus haut, est de permettre une surveillance plus active de la région opérée jusqu'au moment où le maintien de l'ouverture de la bouche vésicale sus-pubienne devient inutile. Lorsque, en effet, la fistule initiale est bien guérie, quand la malade peut retenir ses urines sans en perdre une goutte par le vagin, lorsqu'il n'y a plus aucun risque d'infection septique, alors il appartient à l'opéra-

teur de pratiquer l'intervention complémentaire, c'est-à-dire d'achever sans difficulté aucune la suture de la plaie sus-pubienne après avivement préalable de ses bords.

En somme, le reproche que nous avons adressé en premier lieu à cette méthode de suture hypogastrique partielle est fondé; mais il faut ajouter que ce reproche perd de sa gravité si l'on songe à la bénignité relative de l'opération complémentaire qui sera menée si rapidement à bonne fin. On a dit encore que par la nécessité de cette double opération, la guérison se trouvait retardée, mais à supposer que le fait soit bien démontré, ne doit-on pas donner la préférence à une méthode plus lente, mais plus sûre dans ses résultats? Nous ne ferons de réserve que pour les cas assez rares où l'intervention s'adressant à une fistulette, à une fistule étroite et de petites dimensions, voire même à une fistule de bon aspect et très facile à réparer, toutes ces lésions vésicales se trouvant bien entendu inaccessibles par la voie vaginale, l'opération se sera faite dans d'excellentes conditions de succès, sans complications opératoires telles que section peu nette des parties molles, hémorrhagie par trop abondante suivie d'une hémostase très imparfaite, précautions antiseptiques peu rigoureuses, tiraillements, contusions exercées sur la vessie et les organes du voisinage, particulièrement sur le péritoine, et c'est dans ces cas très heureux que nous croyons que le chirurgien sera autorisé à tenter la suture immédiate et totale de la plaie hypogastrique.

Pour nous résumer, nous dirons :

La suture immédiate et totale de la plaie vésicale sus-pubienne, combinée à l'emploi de la sonde à demeure, offre les avantages d'une réunion possible par première intention, d'une guérison plus prompte de la fistule en même temps qu'elle n'expose l'opérée qu'aux dangers d'une seule intervention. La suture partielle de cette plaie avec drainage hypo-

gastrique permet un drainage plus parfait de la cavité vésicale, une surveillance plus active des complications post-opératoires, une guérison peut-être plus lente mais plus sûre, enfin elle expose bien moins l'opérée à tous les accidents inflammatoires des voies urinaires qui résultent souvent de l'emploi de la sonde à demeure. Pour ces motifs, nous donnerons la préférence au drainage hypogastrique en tenant compte toutefois des réserves que nous avons faites plus haut et qui ont trait à des cas assez rares où le chirurgien, en présence de faits et circonstances qu'il lui appartiendra d'apprécier, sera seul juge dans la question et aura à se prononcer en faveur de l'une ou l'autre méthode.

Après avoir fait dans ses points essentiels l'étude critique du manuel opératoire de la cystotomie préliminaire, nous devons, dans la deuxième partie de ce chapitre, en nous plaçant au point de vue purement descriptif, reprendre la question dans ses grandes lignes et donner une vue d'ensemble de l'acte opératoire proposé par Trendelenburg.

Nous n'insisterons pas sur les soins préliminaires : injections vaginales répétées dans les derniers jours qui précèderont l'intervention ; la veille, lavement simple pour évacuer l'ampoule rectale ; le matin même de l'opération, lavement boriqué et grandes irrigations vaginales antiseptiques. Suivant les conseils de M. Pousson, le vagin, la vulve et le périnée seront débarrassés des incrustations phosphatiques qui les encroûtent, par des bains et des lotions au bicarbonate de soude. Des onctions à la pommade à l'acide borique ou à l'oxyde de zinc seront employées contre la rougeur érythémateuse, les excoriations et les ulcérations, si fréquentes au voisinage de la lésion.

Pour combattre l'état inflammatoire de la vessie, on fera des lavages boriqués et nitratés ; au besoin, on soumettra la malade

au régime lacté; on lui donnera du salol dans le but de rendre ses urines aseptiques. « Comme la vessie sera, dans l'espèce, le théâtre principal de l'opération, le chirurgien ne saurait prendre trop de précautions pour la rendre apte à supporter toutes les manœuvres opératoires et la mettre dans des conditions telles qu'elle ne puisse nuire à leur réussite ».

Le moment est venu d'intervenir chirurgicalement.

Pendant qu'un aide pratique l'anesthésie chloroformique, l'hypogastre est savonné, brossé, rasé et lavé avec une solution de sublimé au 1/1000. On fait un dernier lavage à l'alcool ou à l'éther afin d'enlever les matières sébacées ou le savon qui seraient restés adhérents au tégument. Cette toilette terminée, on place la malade dans la position dite de Trendelenburg, en ayant soin de l'orienter de telle façon, par rapport à la source de lumière, que l'hypogastre, bien en face du jour, soit parfaitement éclairé.

On obtiendra la position favorable soit en plaçant sous le siège de la malade un fort et dur coussin recouvert de toile de caoutchouc, soit en employant le lit de Trendelenburg ou toute table d'opérations gynécologiques un peu perfectionnée; dans les deux derniers cas, en effet, on règlera beaucoup mieux l'inclinaison à donner au sujet. Le tronc est enveloppé de toiles aseptiques et le champ opératoire est limité par des compresses ou serviettes trempées dans de l'eau phéniquée à 25/1000. Cette précaution empêchera les instruments et les mains de l'opérateur aussi bien que des aides de se contaminer. Le chirurgien, par rapport à son opérée, se placera de préférence du côté opposé à celui qu'occupe la fistule. Deux aides sont nécessaires outre celui qui donne le chloroforme : l'un, en face du chirurgien, chargé de l'hémostase, l'autre, à son côté, pour lui passer les instruments et les fils.

Un ballon de Petersen, très souple et parfaitement aseptique,

est introduit profondément dans le vagin jusqu'à ce que, par son extrémité supérieure, il vienne s'appliquer sur le museau de tanche : une sonde en gomme élastique est menée doucement à travers l'urèthre dans la vessie. Cela fait, on injecte dans le ballon une solution boriquée jusqu'à ce que la paroi antéro-supérieure du vagin, bien relevée, offre un plan résistant sur lequel va se développer à son aise le bas-fond de la vessie à son tour distendu par l'injection d'une quantité variable d'eau boriquée. On poussera cette injection à travers la sonde jusqu'à ce que la quantité de liquide soit assez considérable pour provoquer la contraction vésicale. Ce phénomène, que M. Guyon a appelé le « manomètre vésical », sera, dans l'espèce, moins appréciable parce que, malgré la présence du ballon de Petersen, il est rare que la vessie soit parfaitement étanche.

Sous l'influence de cette injection intravésicale, on voit l'hypogastre de la malade se soulever progressivement et chez les sujets gras on sent une tuméfaction qui bombe au-dessus de la symphyse et remonte plus ou moins haut vers l'ombilic. C'est alors le moment de commencer l'opération. Le bistouri fera sur la ligne médiane, comme pour la laparotomie, une incision longitudinale des parties molles superficielles, longue de huit à dix centimètres environ chez l'adulte et dont l'extrémité inférieure ira se perdre sur la symphyse pubienne. La ligne blanche est divisée suivant la même direction et bientôt apparaît le tissu cellulaire prévésical en même temps que les pelotons graisseux sous-péritonéaux font hernie entre les lèvres profondes de l'incision constituées par les bords internes des droits antérieurs.

Nous avons vu plus haut dans quelles conditions et dans quelle mesure il fallait adopter la pratique de Poncet relative à l'incision libératrice des droits au niveau de leur insertion. Ce débridement une fois opéré, s'il y a lieu, le chirurgien

portera son index gauche dans la partie inférieure de la boutonnière hypogastrique et, le recourbant en forme de crochet, il grattera prudemment et de bas en haut la face antérieure de la vessie de façon à entraîner le péritoine et à relever son cul-de-sac pour le mettre à l'abri de toute offense ultérieure de la part du bistouri. Tandis que l'aide, muni de deux écarteurs, fait bâiller les lèvres de la plaie, l'opérateur reconnaît la face antérieure de la vessie des yeux et du doigt et ponctionne cette dernière sur la ligne médiane avec un bistouri à lame étroite, sans se préoccuper de l'hémorrhagie possible. La ponction sera faite en un point assez rapproché du col de la vessie, derrière la symphyse, la lame du bistouri regardant par son tranchant le sommet ou pôle vésical. Si le réservoir urinaire est suffisamment distendu, de petits mouvements de va et vient imprimés au bistouri auront bientôt fait une incision vésicale ascendante à bords nets, cependant que l'opérateur, de son index gauche recourbé en crochet, relèvera d'autant plus le cul-de-sac péritonéal vers l'angle supérieur de la plaie que le bistouri se rapprochera davantage du point terminal de l'incision. Celle-ci doit avoir une longueur de cinq à sept centimètres pour donner un jour suffisant dans la vessie et permettre aisément l'exploration et les manœuvres intra-vésicales. On aura la précaution, après ouverture de la vessie et fixation des lèvres de la plaie au moyen de longs fils de soie aseptique destinés à jouer le rôle de fils suspenseurs, de laver la cavité au moyen de deux ou trois litres de solution boriquée chaude à 40 0/00. Après ce lavage, on assèche la plaie par le tamponnement et on procède, lorsque l'hémostase est complète, à l'exploration intra-vésicale. Nous supposerons celle-ci faite et la fistule découverte. On avive alors les lèvres de la fistule suivant les excellents préceptes de la méthode américaine et l'on pratique la suture de la manière suivante :

Une aiguille suffisamment courbe, armée d'un assez fin catgut, est introduite dans la vessie et passée délicatement à travers les deux lèvres avivées de la fistule, de manière à comprendre dans l'anse formée par la suture toute l'épaisseur des bords fistuleux, à l'exception des muqueuses vésicale et vaginale qui forment les revêtements superficiel et profond des lèvres de la plaie et qui doivent rester indemnes. D'autres points de suture, dont le nombre sera proportionnel aux dimensions de l'orifice à fermer, seront faits comme il vient d'être dit et formeront dans leur ensemble le plan superficiel ou mieux la première rangée de sutures. Un deuxième plan sera constitué par des catguts plus forts passés en dehors des premiers et comprenant dans leur anse toute l'épaisseur de la cloison jusqu'à la muqueuse vaginale; cette fois la muqueuse vésicale sera perforée par l'aiguille à une distance d'un centimètre environ en dehors du liseré muqueux qui borde chaque lèvre avivée de la fistule. Cette deuxième rangée de sutures, plus forte que la première, sera destinée à consolider celle-ci et à permettre un affrontement régulier des bords de la fistule, même après la résorption assez lente des catguts fins. Dans le cas où ce deuxième plan de sutures, au lieu d'être pratiqué par la voie vésicale, pourrait être mené à bonne fin par la voie vaginale, il serait plus facile et surtout plus avantageux de recourir à ce mode d'exécution. De cette sorte, en effet, les extrémités et nœuds de catguts ou fils d'argent composant la deuxième rangée des sutures se trouveraient exclus de la vessie dont la muqueuse aurait été respectée comme l'était la muqueuse vaginale dans le premier cas. Cette pratique de Trendelenburg et Mac Gill a le grave inconvénient de ne pouvoir s'appliquer qu'aux bien rares cas non justiciables de la méthode américaine, bien que la fistule et le vagin soient facilement accessibles aux manœuvres chirurgicales.

Il ne reste plus qu'à réparer, totalement ou en partie, la brèche faite à la vessie pour atteindre la fistule. Nous avons longuement discuté tout à l'heure la conduite à tenir vis-à-vis de la plaie vésico-abdominale et montré les avantages et inconvénients pouvant résulter de l'emploi des deux méthodes de drainage hypogastrique ou uréthral. Nous ne reviendrons pas sur cette discussion, aux termes de laquelle nous avons donné la préférence au drainage hypogastrique sous cette réserve que dans certains cas, particulièrement heureux, soit par la bénignité des lésions rencontrées, soit par une grande réussite opératoire, le chirurgien, seul juge de la situation, pourrait être autorisé à recourir à l'emploi de la sonde à demeure après suture immédiate et totale de la longue boutonnière hypogastrique.

Mais dans la majorité des cas nous ferons la suture partielle de la plaie en ménageant un orifice destiné à laisser passer les tubes de Périer-Guyon que nous fixerons à la paroi même de la vessie par un point de suture qui assurera leur immobilité; la boutonnière vésicale est alors fermée au-dessus et au-dessous des tubes par des points de catgut séparés; de même les muscles et la peau sont suturés séparément au catgut et au crin de Florence en laissant un léger espace autour des tubes, qui font ainsi drainage. On s'assurera de leur bon fonctionnement en injectant de l'eau boriquée dans l'un et l'autre alternativement, puis on placera comme à l'ordinaire un pansement iodoformé et ouaté compressif. La malade a été remportée dans son lit. Faudra-t-il, à l'exemple de Trendelenburg et de Baumm, lui lier les cuisses, la garotter en quelque sorte pour empêcher tout mouvement du tronc et lui imposer pendant plus de cinq jours le décubitus abdomino-latéral si fatigant par la pression forcée qui s'exerce sur les trochanters? Cette pratique n'a pas sa raison d'être puisque, d'une part, l'incision

longitudinale ménageant les muscles droits on n'a plus à faire leur suture, et, d'autre part, l'emploi des tubes Périer-Guyon permet de réaliser un drainage de la vessie assez parfait pour que le chirurgien ne soit plus obligé, dans le but de soustraire à l'action nocive de l'urine les sutures réparatrices de la fistule, de faire prendre à son opérée la position abdomino-latérale. En conséquence, la malade sera couchée dans son lit sur un coussin un peu relevé, l'extrémité des tubes plongeant dans un urinal aseptique. Après un temps que l'expérience a permis de restreindre de quatre à huit jours, les tubes sont enlevés, une sonde à demeure est placée, et du quinzième au trentième jour la malade peut être guérie.

Dans le cas où le chirurgien fera la suture complète de la plaie vésicale hypogastrique, nous conseillons la pratique de Tuffier, qui adopte la suture à double étage, un premier rang de sutures au catgut n° 0 placées à 5 millimètres les unes des autres et comprenant la musculeuse, une deuxième rangée également au catgut formant une suture de Lembert, puis fermeture complète en étage des plaies musculo-aponévrotiques au moyen du catgut et enfin suture de la peau au crin de Florence, sans drainage, si l'asepsie du sujet et du chirurgien peut être assurée. On met une sonde à demeure qui assure l'évacuation constante de la vessie.

Pour terminer ce chapitre, il nous reste à fixer sommairement les indications de la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales.

L'intervention proposée par Trendelenburg étant dans toute l'acception du terme une opération d'exception, nous devons en conclure que dans la pratique chirurgicale ses indications seront également exceptionnelles. De l'ensemble de notre travail il résulte en effet que la cystotomie préliminaire est une intervention grave, difficile, compliquée et qui n'a sa raison

d'être que lorsque la fistule à laquelle elle doit s'adresser ne peut être atteinte par la voie vaginale. Indubitablement la méthode américaine est pour les fistules vésico-vaginales la méthode de choix à laquelle tous les autres procédés doivent céder le pas. En conséquence, la préoccupation première du chirurgien, en présence d'une fistule vésicale, sera de bien se rendre compte si, même difficilement, elle ne peut être accessible par le vagin. Bien des fistules haut placées, voire même des fistules juxta-cervicales ont été guéries par l'opération de Sims. Lorsque pour des raisons variables, telles que trop grande hauteur de la fistule, défaut d'élasticité des tissus de voisinage indurés, manque d'étoffe pour l'avivement etc., etc., on ne croit pouvoir obtenir un résultat satisfaisant par la méthode américaine, on est autorisé à mettre en avant l'opération de Trendelenburg, sous certaines réserves que nous allons formuler.

La méthode indirecte, par ses divers modes opératoires, est plus bénigne dans son application, mais nous savons qu'elle aboutit à un traitement purement symptomatique ne préservant pas les malades contre des complications secondaires redoutables. L'intervention de Trendelenburg, tout en ayant le mérite de poursuivre un résultat vraiment curatif, a par contre le désavantage d'être une opération beaucoup plus longue, délicate et difficile, exposant les malades à des dangers immédiats de la plus haute gravité. Dans les cas non justiciables de la méthode de choix, il faudra donc mettre en balance les avantages et les inconvénients des divers procédés indirects d'une part, de l'opération de Trendelenburg d'autre part. Si la malade qui réclame des soins présente un état général des plus satisfaisants, si l'examen des organes génitaux ne révèle aucune lésion inflammatoire très marquée ou seulement quelque inflammation bien localisée; si d'autre part la fistule est simple, étroite, peu ancienne, ayant en somme bonne apparence

et pouvant donner bon espoir à un praticien exercé; si du côté des voies urinaires on ne relève aucune tare, aucune lésion trop sérieuse, dans ces conditions le chirurgien doit se croire autorisé, sur les vives instances d'une malade qui demande non pas seulement à être soulagée mais encore a être irrémédiablement guérie, à tenter la cure radicale de la fistule par la méthode directe de Trendelenburg. Si par contre la malade se trouve placée dans des conditions inverses, à quoi bon vraiment l'exposer aux dangers immédiats d'une grave intervention, dangers qui seraient d'autant plus redoutables pour elle que l'opération se ferait dans de plus mauvaises conditions ? Au reste, l'opération tentée fût-elle suivie de succès, la guérison ne serait jamais complète, puisqu'un certain nombre d'accidents concomitants n'en persisteraient pas moins, tout au plus atténués. En pareil cas le chirurgien devra repousser la cystotomie préliminaire et si, malgré tout, la malade réclame avec insistance une intervention, il devra recourir à une opération palliative telle que le colpocleisis, plus bénigne dans son application et capable cependant de satisfaire dans une certaine mesure aux exigences de son opérée.

CONCLUSIONS

1° La cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales mérite, en raison de son origine, d'être désignée sous le nom d'opération de Trendelenburg.

2° Cette intervention, très rarement indiquée, doit être considérée comme une opération d'exception.

3° Destinée à remplacer dans certains cas les divers procédés indirects mis en usage pour la cure de certaines fistules vésico-génitales, elle leur est bien supérieure au point de vue curatif.

4° En aucun cas l'opération de Trendelenburg ne doit être substituée à l'opération de Sims, si cette dernière, fût-elle difficile à pratiquer, offre quelque chance de succès.

5° L'opération de Trendelenburg doit être exclusivement réservée aux fistules vésico-génitales inaccessibles par la voie vaginale et qui se présentent dans des conditions déterminées chez une malade dont l'état général est assez bon.

6° On adoptera dans ses grandes lignes le manuel opératoire de Trendelenburg, en tenant compte de quelques modifications de détail relatives aux divers temps de l'opération et plus spécialement en ce qui concerne la suture des bords fistuleux avivés.

7° Dans la majorité des cas on préfèrera la suture partielle à la suture totale de la plaie vésicale hypogastrique c'est-à-dire le drainage hypogastrique par les tubes Guyon-Périer au drainage uréthral par la sonde à demeure.

8° En se conformant aux règles établies, tant pour les indications que pour le manuel opératoire, l'opération de Trendelenburg pourra donner de bons résultats, témoins les succès enregistrés par une statistique à laquelle on pourrait seulement faire le reproche d'être basée sur un nombre trop restreint d'observations.

9° L'opération de Trendelenburg étant en somme une bonne opération, quoique d'une exécution parfois difficile, mérite d'être recommandée aux chirurgiens dans les rares cas où l'on trouvera son indication.

Vu : *Pour le Doyen,*
L'Assesseur,
Dr BLAREZ

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
M. LANELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 mars 1895,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albarran. — Sur la réunion complète par première intention, après la taille hypogastrique dans les tumeurs de la vessie. (*Ann. mal. org. génit. urinaires*, décembre 1892).

Armand. — De l'incision dans la cystotomie sus-pubienne, th. de Paris, 26 janvier 1893.

Baumm. — Zur operation der Blasen-cervixifisteln von der Blasenhaus; in *Archiv. für Gynækologie*, 1890, t. XXXIX, p. 493.

Bardenhauer. — XX[e] Congrès des chirurgiens allemands (avril 1891) d'après le *Mercredi médical*, 1891.

Bergmann. — 19 cas de section haute avec suture immédiate de la vessie. Communic. au XV[e] Congrès des chirurgiens allemands.

Boutan. — Cystostomie sus-pubienne (th. de Paris, 28 juin 1893).

Chauvel. — Art. *Cystotomie* in Dict. Dechambre, première série, t. XXV, première partie, p. 8.

Congrès français de chirurgie, 6[me] session, Paris, 1892.

H. Coullaud. — De la cystotomie idéale (th. de Lyon, 1894).

John Craft. — Taille hypogastrique, suture totale de la plaie vésicale, réunion par première intention; guérison. In *The Lancet*, 15 décembre 1888.

Robert Crant. — Cystotomie sus-pubienne. *The Lancet*, 31 décembre 1887.

Diday. — La néomiction des cystostomisés, son mécanisme, sa règlementation. (*Lyon médical*, 11 décembre 1893).

Dietz. — Etude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique (th. de Paris, 10 juillet 1890).

J. A. Fort. — Anatomie descriptive et dissection.

Gove Gillon. — Cystotomie sus-pubienne (*Brit. med. Journ.*, p. 695, mars 1888).

Guyon. — Hématurie dans les néoplasmes de la vessie, suture totale de la vessie après la taille hypogastrique (*Gaz. des hôpit.*, 27 mai 1890.

Helferich. — *Langenbeck's archiv*, 1887, t. XXXVII, p. 625.

Horteloup. — La taille hypogastrique depuis Franco. *Prog. médical*, 18 juin 1892.

Kehr. — Section haute et suture immédiate de la vessie chez un homme de 69 ans. Guérison. *Medicinische Wochenschrift*, 1890, n° 9.

Mac Gill. — An operation for vesico-vaginal fistula through a supra-pubic open in the bladder. In *The Lancet*, vol. II, 1890, p. 2.

Morisani et Spinelli. — *Annales de Gynécologie*, 1892, p. 2.

Neugebauer. — 163 cas de fistules vésico-utérines. *Archiv für gynœkologie*, XXIX, 3.

A. Pousson. — De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales. Communication faite au VIII^e^ Congrès français de Chirurgie. In *Semaine médicale*, Paris, 10 octobre 1894.

— De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales et vésico-intestinales. In *Archives provinciales de Chirurgie*, t. III, n° 12, 1^er^ décembre 1894.

A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. — Précis d'obstétrique.

Jacob Rosenthal. — An operation for the cure of vesico-cervical fistula by the sectio alta, with recovery. In *The american journ. of obstétrics and diseases of women and children*, vol. XXVII, mars 1893.

A.-B. Strong. — The relations of the peritoneum with references to supra-pubic cystotomie. *Annales of surgery*, p. 22, janvier 1888.

S. Tarnier et P. Budin. — Traité de l'art des accouchements.

L. Testut. — Traité d'anatomie humaine.

P. Tillaux. — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie.

Trendelenburg. — L'opération des fistules vésico-vaginales faites par la voie vésicale. *Deutsche med. woch.*, 23, p. 518, 1893

— *Wolkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, n° 355.

Tuffier. — Taille hypogastrique in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VII, p. 796.

Williams. — Expulsion d'un nœud de soie de la vessie, trente et un mois après une taille sus-pubienne. In *The Lancet*, 17 juin 1893.

de Vlaccos. — De la suture primitive de la vessie à la suite de la taille hypogastrique. Th. de Paris, 18 juillet 1891.

18,892. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.